Rok LII. Kraków, dnia 22. lutego 1913. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

W czasach, kiedy nad medycyną kliniczną panowała niepodzielnie anatomia patologiczna, rozwijała się dyagnostyka w kierunku anatomicznym. Dokładne określenie, na podstawie badania klinicznego, stanu chorych narządów stanowiło właściwy cel tego badania i cel rozpoznawczego rozumowania. Wszystko, czego nie można było po myśli wymagań anatomii patologicznej dokładnie rozebrać i objaśnić, budziło mniejsze zajęcie. Dotyczyło to w pierwszym rzędzie wszystkich t. zw. objawów nerwowych, tworzących obrazy nerwic ogólnych. Z pojęciem takiej nerwicy łączyło się pojęcie nieprawidłowej czynności ośrodkowego układu nerwowego, albo raczej, wyrażając się ściślej, nieprawidłowej wrażliwości mózgu. Nie brakło wprawdzie usiłowań, które starały się wniknąć głębiej w istotę tych zaburzeń i rozjaśnić ich pochodzenie, ale na drodze badań anatomicznych nie można było tego osiągnąć i nerwice oznaczały bądź co bądź zawsze coś niezbadanego, nieokreślonego, niedającego się wytłomaczyć. Trwało to tak długo, dopóki pod wpływem nowszych badań fizyologicznych i związanych z niemi ściśle badań z zakresu patologii doświadczalnej nie rozwinął się nowy kierunek w medycynie klinicznej. Nazwać go można zupełnie słusznie kierunkiem fizyologicznym. Zaznaczył się on usiłowaniami, które za cel postawiły sobie zbadanie przyczyn zaburzeń czynnościowych, określenie znaczenia tych zaburzeń dla sprawności pojedynczych narządów i dla całego ustroju i doprowadziły do rozwoju dyagnostyki czynnościowej. Zajęto się wtedy dokładniej także i wszystkiemi zboczeniami nerwowemi w zakresie spraw wegetatywnych, a źródła ich zaczęto szukać nie w samej tylko nieprawidłowej wrażliwości mózgu. W patologii klinicznej pojawiło się pojęcie nerwic wegetatywnych, jako uzupełnienie, a może do pewnego stopnia także jako antyteza nerwic ogólnych. Powstało ono niewątpliwie na tle licznych spostrzeżeń klinicznych, ale podstawy jego naukowe stworzyła analiza zjawisk fizyologicznych, częścią samodzielnych, częścią wywoływanych drogą doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach. Rozpatrzenie się w tych rzeczach jest tembardziej pożądane, że posiadają one nietylko teoretyczne, ale także praktyczne znaczenie tak ze względu na rozpoznawanie, jak i leczenie zaburzeń czynnościowych w zakresie spraw wegetatywnych, a nawet niektórych schorzeń o podłożu anatomicznem.

Wobec niezmierzonego prawie materyału, nagromadzonego w piśmiennictwie, nie podobna wyczerpać wszechstronnie całego tematu. Ograniczyć się musimy do uwydatnienia najważniejszych tylko szczegółów z całej tej nader obszernej dziedziny.

W toku wszystkich czynności fizyologicznych, odbywających się bez działania woli, t. j. tych spraw, które określamy mianem czynności wegetatywnych, dostrzedz można różną dla różnych narządów, niejednakową także osobniczo okresową zmienność, jakby rodzaj falowania co do stopnia, trwałości i wydatności fizyologicznej pracy. Odbywają się te wahania bezwiednie, automatycznie.

Jakkolwiek jednak fizyologia wszystkim narządom, spełniającym zadania życiowe, przyznaje własną autonomię, to jednak nie może się żadną miarą zadowolnić prostem stwierdzeniem, że taka autonomia istnieje. Starać się musi o wykrycie sił, które dostarczają bodźców do pracy i pracą kierują w ten sposób, aby w niej panowała nietylko właściwa każdemu narządowi sprawność, ale także zupełna harmonia tej sprawności. Wszak chodzi tu nie o jeden tylko narząd i nie o jedną tylko czynność, ale o cały szereg narządów i o wiele różnorodnych czynności.

Bliższe badanie złożonych zjawisk fizyologicznych wykazuje, że w rozwoju ich istnieje pewna kolejność, że jedne na drugie oddziałują, a nawet wprost je wywołują. Wiemy także, że wpływają na nie podniety zewnętrzne i podniety zmysłowe, względnie psychiczne. Wszystko to wskazuje, że życie wegetatywne nie jest bynajmniej sprawą prostą i że przyjęcie osobniczej autonomii pojedyńczych narządów nie wystarcza, aby zrozumieć i wytłomaczyć powstawanie automatycznych czynności, ich przebieg oraz kolejność i harmonię przebiegu. Najprostsza obserwacya zmusza do tego, ażeby szukać jakiegoś łącznika pomiędzy wszystkiemi złożonemi czynnościami.

Kiedy pod wpływem prac Brown-Sequarda rozwinęła się nauka o wydzielaniu wewnętrznem, wkroczyła fizyologia na pole biodynamiki chemicznej, a wykrywszy w wytworach wydzielania wewnętrznego ciała o własnościach drażniących, stworzyła ogólną teoryę o fizyologicznem działaniu drażników czyli hormonów. W myśl tej teoryi wszystkie sprawy wegetatywne należy pojmować jako następstwa drażnienia chemicznego, wywieranego przez ciała, wytwarzane w narządach, posiadających zdolność wydzielania wewnętrznego. Jakkolwiek z pomocą tej teoryi wytłómaczyć można niejedną sprawę fizyologiczną, to jednak nie rozjaśnia ona spraw wszystkich, zwłaszcza zaś tych spraw, w których występuje na jaw bardzo wyraźnie wpływ podniet zmysłowych i psychicznych na czynności wege-

tatywne. Ze stanowiska klinicznego zwracano na nie uwagę oddawna i kliniczna medycyna nigdy zapewne nie przyjmowała bez zastrzeżeń teoryi chemicznej o autonomii narządów. Stanowisko to zaznaczano niejednokrotnie, a wyrazem jego był między innymi odczyt L. R. Müllera [1]) na monachijskim Zjeździe internistów niemieckich w r. 1906, oraz rozprawy, które się na ten temat odbywały. Zresztą i medycyna doświadczalna, posługując się metodą badań, stworzoną przez Pawłowa, dostarcza bezpośrednich dowodów na to, że zapomocą wpływów psychicznych działać można na czynności wegetatywne. Bickel [2]) wywoływał u psów z przetoką żołądkową i połykową przy pozornem karmieniu żywe wydzielanie soku żołądkowego, które natychmiast ustawało, gdy psa podrażniono widokiem kota. Przy takich samych doświadczeniach zdołał Lommel [3]) wykazać promieniami Röntgena ustawanie ruchów robaczkowych żołądka i t. d. Znaczenie eksperymentu ma do pewnego stopnia spostrzeżenie Rheinboldta [4]) z Kissingen, który u jednej ze swoich chorych kilkakrotnie znajdował żółtaczkę, a co ważniejsza, cukromocz pod wpływem silniejszych wzruszeń psychicznych. Ricci [5]) stwierdzał wielokrotnie cukromocz nietylko w przebiegu nerwic urazowych, ale nawet u kandydatów przystępujących do egzaminów. O podobnych spostrzeżeniach znajduje się w piśmiennictwie bieżącem więcej jeszcze wzmianek.

Wszystko to wskazuje, że mózg wywiera niemały wpływ w powstawaniu i w przebiegu spraw wegetatywnych. Bezpośrednio działać na nie nie może. Rolę pośrednika obejmują gałązki nerwowe, należące do układu wegetatywnego, połączonego bezpośrednio z mózgiem i z rdzeniem.

Takie połączenia przedstawiają spoidła (r. r. communicantes) przykręgowego powrózka nerwu współczulnego. Układ autonomiczny, to jest nerw błędny w pojęciu rozszerzonem, łączy się bezpośrednio z mózgiem i rdzeniem. Część jego czaszkowa z gałązkami, przebiegającemi w nerwie okoruchowym, twarzowym i językowo-gardłowym, powstaje wprost w mózgu, część opuszkowa, czyli właściwy pień nerwu błędnego, w rdzeniu przedłużonym, część krzyżowa, jako nerw miednicowy (n. pelvicus), w rdzeniu.

Obydwa te układy, t. j. współczulny i autonomiczny, zaopatrują wszystkie narządy i tkanki, powołane do spełniania zadań życiowych, w elementa nerwowe, bądź to w postaci splotów, bądź też w postaci t. zw. mięśniowo-nerwowych połączeń, w których drobne włókienka nerwowe zlewają się poniekąd w jedną całość z włókienkami mięśni. Ta ścisła łączność obu układów nerwowych z narządami zmusza wprost do przypuszczenia, że i pod względem czynnościowym wiązać muszą narządy i nerwy narządowe najbliższe stosunki. Ażeby te stosunki plastycznie uwydatnić, użył Ehrmann [6]) określenia »neurochemismus«, które ma oznaczać, że dla osiągnięcia ostatecznego skutku w powstawaniu i przebiegu złożonych spraw życiowych potrzebna jest i chemiczna podnieta, wywierana przez wytwory wydzielania wewnętrznego, i podrażnienie nerwów, należących do układu wegetatywnego.

Podobnie, jak dla wszelkich odruchów nerwowych, które polegają na tem, że podrażnienie obwodowych zakończeń nerwowych przenosi się gałązkami nerwów, dążących ku górze, na ośrodki w rdzeniu lub w mózgu, wprawia w stan czynny leżące tamże komórki nerwowe, a te pośredniczą w powstawaniu odruchu drogą podrażnienia odśrodkowych gałązek, — tak samo i dla spraw wegetatywnych przyjąć trzeba podobny łuk odruchowy. I nerwy wegetatywne mają swoje gałązki, przebiegające w dwóch odwrotnych kierunkach. Tylko, że łuk odruchowy nerwów wegetatywnych w pojęciu czynnościowem jest czemś bardzo złożonem. Pomiędzy dwiema krańcowemi stacyami nerwów wegetatywnych, t. j. między stacyą początkową a końcową, znajduje się cały szereg komórek zwojowych. Komórki te różnią się między sobą swoją budową i wejrzeniem. Już zwoje powrózkowe wykazują według badań Müllera [7]) kilka rozmaitych rodzajów komórek zwojowych. Wielorakość ich jest jeszcze większa, jeśli uwzględnimy komórki dalej ku obwodowi leżących zwojów, tem bardziej zaś, gdy wskazać nam wypadnie sploty nerwowe w rozmaitych narządach (L. R. Müller [8]). Ta różnorodność komórek świadczyć się zdaje już sama przez się o tem, że i odbieranie wrażeń i przenoszenie ich i odruchowe czynności muszą być doskonale zróżniczkowane.

Że takie zróżniczkowanie rzeczywiście istnieje, dowodzą badania, zajmujące się fizyologią naczyń krwionośnych, które pokazały, że stan naczyń, zmiany ich światła, wypełnienia krwią itd., nie podlegają wyłącznie tylko wpływom wspólnego ośrodka. Przeciwnie, wiemy, że np. pod tym względem zachodzi wprost przeciwieństwo między naczyniami obwodowemi, a naczyniami trzew. O. Müller i R. Siebeck [9]) wykazali drogą doświadczeń znaczną niezależność naczyń mózgowych od wpływów naczynioruchowych, działających na obwodzie. Skoro zaś według tych samych autorów i w naczyniach mózgu wywoływać można przez podrażnienie nerwów układu wegetatywnego zmiany, podobne do zmian, powstających w tych samych warunkach w innych okolicach ciała, to tem samem przyjąć trzeba, że podniety fizyologiczne naczynioruchowe jedną drogą dostają się do mózgu i do naczyń na obwodzie. Jeśli mimo to skutki podrażnienia nie są jednakowe, to zdaje się niewątpliwie wynikać z tego, że w ścianach naczyń znajdować się muszą urządzenia nerwowe, względnie nerwowo-mięśniowe, które do pewnego stopnia samodzielnie regulują ruchy naczyń.

Podobnie dzieje się zapewne i z innemi czynnościami fizyologicznemi. Świadczą o tem spostrzeżenia Pawłowa [10]), odnoszące się do wydzielania soku trzustkowego. Wykazują one, że ilość pepsyny zmienia się stosownie do ilości i jakości białka spożytego w pokarmach, a ilość zaczynów, znajdujących się w soku trzustkowym, według składu pokarmów. Objaśnia o tem najlepiej zestawienie, podane przez Pawłowa.

Pokarm	Zaczyn traw. białko		Zaczyn amylotycz.		Zaczyn rozszczep tłuszcz.		
	Zgeszcz. soku	Ilość jednost.	Zgeszcz. soku	Ilość jednost.	Zgęszcz. soku	Ilość jednost.	Ilość soku
600 cm³ mleka	22·6	1085	9	432	90·3	4334	48 cm³
250 gr chleba	13·1	1975	10·6	1601	5·3	800	151 »
160 gr mięsa	10·6	1502	4·5	648	25·0	3600	144 »

Z chwilą, kiedy układ nerwowy wegetatywny nabrał pierwszorzędnego znaczenia dla właściwego oceniania spraw biologicznych, budzić muszą wielkie zajęcie wszystkie te badania, które się zajmują dokładnem poznaniem następstw

1) L. R. Müller. Klinische Beiträge zur Physiologie des sympatischen Nervensystems. Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1906. S. 320.

2) A. Bickel. Ibidem. S. 323.

3) Lommel. Ibidem.

4) Rheinboldt. Ibidem.

5) R. Ricci. Ref. w Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1908 S. 760.

6) Ehrmann. Verhandl. des Kongres. f. inn. Med. 1908. s. 357.

7) L. R. Müller. Studien über die Anatomie und Histologie des sympathischen Grenzstranges. Verh. des Kong. f. inn. Med. 1909. s. 658.

8) L. R. Müller. Allgemeine Bemerkungen zur Physiologie des vegetativen Nervensystems. Deut. med. Wochenschft. 1911. s. 583.

9) O. Müller u. R. Siebeck. Experimentelle Untersuchungen über die Vasomotoren des Gehirnes. Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1906. s. 351.

10) Pawłow zob. Oppenheimer: Die Fermente. III. Aufl. 1910. s. 90.

podrażnienia nerwów, należących do niego, a niemniej i ciał, które drażniąco na nie działają.

Podstawowe znaczenie mają na tem polu prace angielskich autorów, przedewszystkiem Langleya, który wskazał drogę badań farmakodynamicznych zapomocą ciał o swoistych, czyli ciał o t. zw. wybiórczych (elektywnych) własnościach. Punkt ciężkości metody takiego badania polega na poznaniu i wyzyskaniu swoistej organotropii pewnych związków chemicznych, która tak wielką rolę zaczyna dziś odgrywać w lecznictwie farmakochemicznem.

Takiem ciałem, ważnem bardzo dla rozwoju naszych wiadomości z zakresu fizyologii układu wegetatywnego, jest przedewszystkiem nikotyna. Zastosowana w dostatecznej ilości, poraża ona komórki zwojowe splotów, i to tak należących do układu współczulnego, jak i autonomicznego. Ta właściwość nikotyny posłużyła Langleyowi do zbadania, czy pewne włókno nerwowe kończy się już w danym zwoju, czy też tylko przezeń przechodzi. Zatruwając kolejno zwoje, można ubezwładnić, do pewnego stopnia dowolnie, wpływy nerwowe wegetatywne w danych narządach.

Ze stanowiska klinicznego miało jednak zapewne większe znaczenie odkrycie trucizn, działających wybiórczo albo na sam tylko układ współczulny, albo wyłącznie na układ autonomiczny.

Typową truciznę, drażniącą układ nerwu współczulnego, przedstawia w doskonałej postaci nadnerczyna. Własności porażające posiada ergotoksyna, jeden z najważniejszych składników sporyszu. Na układ nerwu błędnego działają, jako drażniki, fizostygmina (ezeryna), pilokarpina, muskaryna, pikrotoksyna, cholina; atropina znana jest jako trucizną porażająca.

Z chwilą, kiedy własności te wykryto, rozpoczęły się bardzo liczne doświadczenia, mające za cel wszechstronne poznanie skutków drażnienia chemicznego układu wegetatywnego i porównanie tych skutków z wynikami, osiąganymi przez bezpośrednie drażnienie pni nerwowych, należących bądź to do układu współczulnego, bądź też autonomicznego.

Dobry przegląd tego wszystkiego, co dotychczas powiodło się uzyskać, znajdujemy w pracach Biedla[11]) oraz Froehlicha i Loewiego[12]). W streszczeniu podają odnośne wyniki Eppinger i Hess[13]) w rozprawie o wagotonii, z której wyjmujemy zamieszczoną poniżej tablicę.

Zestawienie to podaje wyniki drażnienia chemicznego w ogólnych tylko zarysach, jest raczej wypadkową z całego szeregu doświadczeń, a więc wartością poniekąd schematyczną. Jako takie wymaga ono jeszcze pewnych objaśnień.

Wydzielina gruczołów chromochłonnych wywiera skutek powszechny na cały układ współczulny, podnieca go w całości. Trucizny autonomiczne odznacza działanie raczej zróżniczkowane, t. zn. że pod wpływem należących tu związków nie wszystkie czynności, podległe układowi nerwu błędnego, w równej mierze i w jednaki sposób dostępne są podnietom autonomicznym. Najprzystępniejsze dla nich zdają się być narządy, otrzymujące włókna nerwowe z mózgowej części układu nerwu błędnego, oraz większość gruczołów wydzielniczych. Zwężenie źrenicy, występujące po każdej z trucizn autonomicznych, jest tak stałem zjawiskiem, że posiada znaczenie ważnego objawu rozpoznawczego przy zatruciach temi truciznami, dzieląc je zresztą, przynajmniej odnośnie do zatruć za pomocą fizostygminy (ezeryny) i pilokarpiny, z objawem zwiększonego wydzielania śliny i potu.

Dwa te właśnie wymienione ciała wpływają także na sprawy wydzielnicze i ruchowe trzew, podległe nerwom autonomicznym. Ale tu, zwłaszcza co do układu mięśniowego, znać już różnicę pod względem stopnia i sposobu działania.

[11]) A. Biedl. Innere Sekretion. Wien 1910.

[12]) Froehlich und Loevi. Archiv. f. exp. Path. u. Pharm. LIX. s. 34.

[13]) H. Eppinger u. L. Hess. Die Vagotonie. Sammlung klin. Abhandl. 9. u. 10. Heft. Berlin 1910.

Działanie		Narząd	Działanie	
Nadnerczyny	Atropiny		Pilokarpiny	Ergotoksyny
	poraża	zwieracz źrenicy	drażni	
drażni		rozwieracz		
	poraża	m. rzeskowy	drażni	
drażni		m. oczodołowy	poraża	poraża
drażni (?)	poraża	ślinianki	drażni	
zwęża		naczynia mózgu		
rozszerza		naczynia jamy ust		
zwęża	zwęża (?)	naczynia skóry głowy		
rozszerza	rozszerza	naczynia wieńcowe serca	zwęża	
zwęża		naczynia jelit		rozszerza
zwęża		naczynia części rodnych		
wstrzymuje wydziel.	wstrzymuje wydziel.	gruczoły płuc	drażni	
drażni	drażni	mięsień serca	osłabia	osłabia
zwiotcza	zwiotcza	połyk	drażni	
poraża	poraża	wpust żołądka	drażni	
	zwiotcza	napięcie mięśni żołądka	potęguje	
poraża	poraża	ruchy żołądka	przyspiesza	
tamuje	tamuje	wydzielanie soku żołądkow.	zwiększa	
poraża	poraża	ruchy jelit cienkich	zwiększa	
osłabia	osłabia	ruchy jelit grubych	zwiększa	
zwiotcza	zwiotcza	zwieracz odbytu	drażni	
zwiotcza	zwiotcza	pęcherzyk żółciowy	drażni	
tamuje	tamuje	trzustka — wydzielanie soku.	zwiększa	
zwiotcza	zwiotcza	mięśnie oskrzeli	drażni	
drażni		zwieracz pęcherza		
zwiotcza		wypieracz moczu		
drażni		ośrodek dla cukru	osłabia	
podnosi		ciepłota ciała		

Wpływ pilokarpiny jest doraźnie silniejszy, ale mniej trwały; ezeryna działa stateczniej, zwłaszcza na cały aparat mięśniowy narządu pokarmowego. Z właściwości tej korzystamy nawet za przykładem Neussera w celach leczniczych, polecając małe ilości ezeryny przy zwiotczeniu żołądka i jelit, szczególnie zaś w przebiegu duru brzusznego, celem zmniejszania zależnej od zwiotczenia bębnicy.

Ezeryna działa zresztą także i na mięśnie prążkowane ciała i wznieca drganie włókienek, albo raczej całych pęczków mięśniowych, które rozszerzać się może na wszystkie mięśnie. Na podstawie badań Magnusa tłomaczą Mayer i Gottlieb[14]) to zjawisko podrażnieniem zakończeń nerwowych w mięśniach, a opierając się na doświadczeniach Rothbergera, który zapomocą atropiny drgania te usuwał, uważają za rzecz nader prawdopodobną, że nerw błędny zaopatruje w autonomiczne włókienka także mięśnie prążkowane całego ciała.

Dla uwydatnienia działania ezeryny, jako trucizny autonomicznej w porównaniu z działaniem pilokarpiny, ważny jest jeszcze i ten szczegół, że wpływ jej polega nie na bezpośredniem drażnieniu i wywoływaniu skutków tegoż, ale raczej na wzmożeniu pobudliwości czy to gruczołowych, czy mięśniowych zakończeń nerwu błędnego. Tak samo, tylko w innym zakresie, działa także strychnina.

Pod względem stopnia wpływów, wywieranych na układ autonomiczny, przewyższa tak fizostygminę, jak pilokarpinę muskaryna. Z doświadczeń na zwierzętach i z nielicznych spostrzeżeń czystych zatruć muskarynowych u ludzi, znany jest zwłaszcza dokładnie wpływ tej trucizny na autonomiczne rozgałęzienia w mięśniu sercowym. Polega on nietylko na zwolnieniu ruchów serca, ale także na zmniejszeniu skurczu, a powiększeniu pojemności serca w czasie rozkurczu. Ze stanowiska teoretycznego ciekawe są spostrzeżenia Strauba[15]), które pokazują, że muskaryna działa tylko w chwili przechodzenia przez mięsień sercowy, to znaczy, że nie tworzy ona biochemicznych połączeń z komórkami narządu, a tylko je mimochodem podrażnia.

Zresztą działa muskaryna na te same narządy, na które

[14]) H. Meyer u. R. Gottlieb. Die experimentelle Pharmakologie als Grundlage der Arzeneibehandlung 1910 S. 131.

[15]) Straub. Ibidem. S. 209.

wpływają wymienione wyżej trucizny autonomiczne. A więc i po niej powstaje ślinotok, mniej lub więcej obfite wydzielanie potu, sokotok żołądkowy i trzustkowy, znaczne przyspieszenie ruchów robaczkowych żołądka i jelit, a po nieco wyższych dawkach skurcze połyku, żołądka i jelit, nawet o tężcowym charakterze.

Podobnie, tylko o wiele słabiej od muskaryny, działa także cholina, składnik lecytyny, z której zresztą muskaryna przez utlenianie powstaje. Równie silną autonomiczną trucizną jest jeszcze drugie ciało pochodne od choliny, t. j. neuryna. Wszystkie trzy razem zasługują ze stanowiska biologicznego z tego powodu na szczególną uwagę, że cholina jest stałym składnikiem naszego ciała i że pod wpływem bakteryi jelitowych powstawać z niej może, jak to wykazały badania E. Schmidta [16]), tak muskaryna. jak neuryna.

Wszystkie skutki chemicznego drażnienia, o których wspomnieliśmy wyżej, odnoszą się do podniecenia mózgowej i opuszkowej części układu nerwu błędnego. Część rdzeniowa, t. j. nerw miednicowy, jest na działanie trucizn autonomicznych mało wrażliwy. Ale i tu, zwłaszcza przez bezpośrednie, miejscowe zastosowanie trucizny, skutek wywołać można.

Następstwa podrażnienia autonomicznego znosi łatwo i wszechstronnie atropina, z jednym tylko wyjątkiem zwiększonej wrażliwości hamujących urządzeń w sercu, wywołanej zapomocą ezeryny.

Wrażliwość obu układów wegetatywnych na działanie wybiórczych trucizn, różna u rozmaitych gatunków zwierząt, nie jest jednakowa i u wszystkich ludzi. Trucizny autonomiczne działają powszechnie u osób młodych o wiele silniej, aniżeli u starszych. Ze znacznem stopniowaniem spotykamy się także u rozmaitych osobników, i to tak wyraźnem, że mówićby można o osobniczej wrażliwości, naturalnie w granicach dozwolonych dawek. Ten szczegół ma zwłaszcza dla kliniki doniosłe znaczenie.

Porównanie wyników, uzyskanych przez doświadczenie na zwierzętach, u których stosowano trucizny, działające wybiórczo na układ wegetatywny, z niektóremi spostrzeżeniami, poczynionemi na chorych, doprowadziło do poznania, że między objawami doświadczalnego podrażnienia nerwów wegetatywnych, a objawami nieprawidłowymi w zakresie czynności wegetatywnych u chorych zachodzą zupełne podobieństwa. Przydarza się nierzadko, że w przebiegu pewnych chorób następstwa podrażnienia, czyto układu współczulnego, czyto autonomicznego, zaznaczają się nader wybitnie i nadają całemu przebiegowi choroby, trwale lub przemijająco tylko, osobne piętno.

Ale nawet po za właściwemi chorobami zdarzają się spostrzeżenia, gdzie w przebiegu zwykłych spraw życiowych niema należytej harmonii, gdzie widocznie zachwianą jest równowaga pomiędzy działaniem nerwów współczulnych i nerwów autonomicznych.

Zupełnie logicznym wydaje się wniosek, że brak tej równowagi zależy od nadmiernego podrażnienia jednego, lub też niedostatecznego podniecenia drugiego składnika nerwowego układu wegetatywnego. Z chwilą, kiedy dla tego rodzaju zaburzeń jako przyczynę przyjmować zaczęto osobne czynniki nerwowe, powstało pojęcie nerwic wegetatywnych. Wraz z niem zrodzić się musiało pytanie, gdzie leży przyczyna istotna takiej nieprawidłowej czynności wegetatywnego układu nerwowego. Mogła nią być zmieniona wrażliwość mózgu. W takim razie nerwice wegetatywne byłyby tylko częścią zespołu nerwicy ogólnej. Niekiedy bywa tak nawet niewątpliwie, i nie można bezwzględnie odmówić słuszności tym autorom, którzy mówią n. p. o histerycznych nerwicach wegetatywnych (v. Noorden [17]). Nierzadko jednak spotkać można chorych, u których niema wyraźnych oznak nerwicy ogólnej, a mimo to, czy to w zakresie nerwu współczulnego, czy też błędnego, zjawiają się trwalsze lub przelotne tylko stany podniecenia lub zwiotczenia, dające powód do powstawania zaburzeń czynnościowych, zwykle ograniczonych, czasem także powszechniejszych. W takich razach szukać trzeba przyczyny gdzieindziej, aniżeli w nieprawidłowej pobudliwości kory mózgowej.

Punktem wyjścia dla tych poszukiwań jest właśnie wybiórcze działanie trucizn wegetatywnych, o którem mówiliśmy wyżej. Opierając się na niem, już z góry z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać można, że także w warunkach codziennego życia na tok wszystkich spraw wegetatywnych wpływają sposobem efektywnym hormony, powstające w samym ustroju.

O tych fizyologicznych hormonach nie możemy jeszcze wprawdzie mówić jako o sprawie zupełnie zbadanej, tak jasnej, aby wolno ją było pojmować jako rzecz zupełnie już ugruntowaną, ale w każdym razie nie jest to już zupełnie ciemna, czysto hipotetyczna dziedzina. Prace ostatnich lat rzuciły nadto dość światła na wzajemne stosunki, zachodzące między wydzielaniem wewnętrznem z jednej, a czynnością układu wegetatywnego i rozlicznemi sprawami fizyologicznemi, względnie sprawami wegetatywnemi, z drugiej strony.

Wiemy, że między układem współczulnym, a układem autonomicznym panuje fizyologiczny antagonizm. Wiemy dalej, że jeden i drugi układ posiada zarówno zdolność wzniecania, względnie potęgowania pewnych spraw fizyologicznych, jak wstrzymywania, względnie zwalniania innych spraw, że role fizyologiczne obu układów są z góry dokładnie określone i pomiarkowane. O układzie współczulnym wiemy nadto z rozlicznych i wszechstronnych badań, że podlega on w całem słowa tego znaczeniu wpływom wydzieliny gruczołów chromochłonnych, znanej, przynajmniej o ile chodzi o właściwą nadnerczynę, nietylko pod względem działania fizyologicznego, ale także pod względem pochodzenia i składu chemicznego. Dzięki Japończykowi Jakischi Takamine znamy od roku 1901 czystą istotę, działającą w wyciągach z nadnerczy, zwaną powszechnie adrenaliną. Badania chemiczne Aldricha, Bertranda, Abderhaldena i Bergera, Javetta, Friedmana, v. Fürtha, Paulyego, Stolza, doprowadziły dalej do określenia drobinowego składu adrenaliny, a Stolzowi powiodło się otrzymać drogą syntezy z katechiny przyswędkowej ciało o tych samych własnościach farmakodynamicznych, jakie posiada nadnerczyna rodzima. W ostatnich czasach rozpowszechniło się używanie przetworu sztucznego tak bardzo, że przetwór rodzimy zepchnięty został i w medycynie doświadczalnej i w medycynie klinicznej niemal na plan drugi.

Wobec wszechstronnych badań układu chromochłonnego i istotnie poważnych i owocnych ich wyników, jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że badania fizyologiczne i kliniczne, zajmujące się określeniem fizyologicznego znaczenia układu chromochłonnego, względnie poznaniem fizyologicznej roli, jaką w przebiegu spraw wegetatywnych odgrywa dostarczony przezeń hormon, stanowią zarazem poniekąd podstawę dla badań nad fizyologicznymi hormonami wogóle

Zaprowadziłoby nas zadaleko, gdybyśmy się zapuszczać chcieli w szczegóły fizyologii nadnerczy, nie leży to zresztą w zakresie obchodzącej nas w tej chwili sprawy. Ograniczymy się tylko do uwydatnienia tego, co ma bezpośrednie dla badań klinicznych znaczenie ze względu na stosunek, zachodzący między podrażnieniem za pomocą nadnerczyny, a przebiegiem spraw wegetatywnych. Chodzi tu naturalnie o takie skutki drażnienia, które łatwo dostrzedz i zmierzyć można.

(Ciąg dalszy nastąpi)

---

16) E. Schmidt. Zob. Meyer i Gottlieb l. c. St. 160.

17) v. Noorden. Hysterische Vagusneurose. Charité-Annal. 18. St. 349.

Spostrzeżenia z praktyki.

Błona dziewicza jako przeszkoda porodowa

podał

Dr Pawlicki (Stary Sącz).

W ciągu mej długoletniej praktyki przydarzył mi się po raz pierwszy przypadek przeszkody porodowej z powodu niepodatnej błony dziewiczej. Ponieważ zaś według zestawienia Ahlfelda przypadki takie należą do bardzo rzadkich, a mogą mieć pewne znaczenie tak ze strony rozpoznawczej, jak i leczniczej, niemniej też i ze stanowiska medycyny sądowej, przeto podaję to spostrzeżenie do wiadomości.

Do rodzącej W. L. w St. S., lat 25, mężatki, pierwiastki, wezwała mnie położna z powodu rzekomego zarośnięcia pochwy.

Rodząca podaje, że miesiączkowała zawsze prawidłowo i nie wiedziała, czy ma jaką wadliwość w częściach rodnych. Spółkowanie miało się odbyć tylko kilkakrotnie, bo mąż wnet po ślubie odjechał.

Badanie wykazało, że pochwę całkowicie zamyka błona dziewicza gruba, mięsista, w której znajduje się tylko mały otworek z lewej strony u góry.

Wprowadziłem w ten otworek cewnik metalowy męski, przebiłem nim błonę jaknajniżej, przeciągnąłem nitki, podwiązałem i rozciąłem.

Poród odbył się prawidłowo, lecz gdy się główka przerzynała, poodpadały podwiązki i miało wystąpić krwawienie dość obfite z miejsca podwiązania.

Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z podróży naukowej do kliniki chirurgicznej prof. Rovsinga w Kopenhadze.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski.

Klinika chirurgiczna prof. Rovsinga zajmuje jeden z licznych pawilonów powszechnego szpitala państwowego »Righshospitalet«, położonego w północno zachodniej części miasta. Wrażenie ogólne tego szpitala jest imponujące. Pawilony leżą wśród wzorowo utrzymanego parku w dużych odstępach od siebie; uderza w nich obfitość szerokich okien, które z góry zapewniają, że nie brak tu powietrza i światła, tych tak bardzo dla zdrowia i racyonalnego leczenia ważnych czynników.

Urządzenie wewnętrzne kliniki chirurgicznej jest wytworne i zbytkowne; ale widocznie ten zbytek uznano tutaj za potrzebny dla chorego człowieka.

Klinika zbudowana jest na 120 łóżek, z czego 20 przeznaczono dla chorych septycznych; ten oddział septyczny pomieszczono w osobnym małym pawilonie, połączonym korytarzem z głównym pawilonem.

Przy wejściu na salę chorych otrzymuje się wrażenie wesołe; nie czuć tutaj atmosfery szpitalnej. Sale są obszerne, ale nie za duże; sale większe przeznaczono dla 8—10 chorych, oprócz tego są mniejsze boczne pokoje, mogące pomieścić 2—3 chorych i pokoje dla pojedynczych chorych. Oświetlenie na salach chorych jest dwustronne. Każda duża sala przedzielona jest na cztery części przegrodami w kształcie ekranów z drzewa o barwie zbliżonej do starego mahoniu; ekrany te ustawione są na metalowych drążkach, umocowanych w podłodze, wysokości mają około 2 metrów i nie dosięgają powały. Łóżka przytykają do tych przegród lub do ścian; zbudowane z blachy, pomalowanej na ciemno-zielono, nie mają w sobie nic szablonowego, szpitalnego i są bardzo wygodne. Na wkładzie drucianym znajduje się materac z włosienia. Każdy chory otrzymuje dwie poduszki; jedna (spodnia) z włosienia, wierzchnia z puchu, obie kształtu prostokątnego. Do przykrycia służą dwa kocyki wełniane, barwy kremowej. Usłanie łóżek i pościel z białego płótna zadziwiają porządkiem i czystością. Przy łóżkach zamiast nocnych szafek zgrabne stoliki, tej barwy, co ekrany, drewniane o dwu płytach; górna wyłożona w środku białemi kafelkami, a spodnia drewniana z pionową przedziałką. Na górnej płycie stoją słoje szklane z przykrywami na wydzieliny chorych. Stoliki nie mają szuflad. Urządzenia sali dopełniają drewniane, także mahoniowe, nadzwyczaj wygodne krzesełka i karła wybite zieloną skórą. We wszystkiem uwzględniono oprócz praktyczności także i wzgląd estetyczny. Ponad każdem łóżkiem znajduje się mała tabliczka drewniana, czarna, na której zapisuje się rozpoznanie. Poprzeczny mosiężny drążek, przymocowany do spodu tabliczki i zaopatrzony trzema haczykami, służy do zawieszania trzech niedużych kart: na jednej zapisuje się ciepłotę ciała, na drugiej dyetę, a trzecia jest kartą nadgłówną. Na salach widziałem parę parawaników trzcinowych, obitych czerwoną materyą. Wieczór oświetlane są sale elektrycznie, a lamp znajduje się poddostatkiem w różnych punktach sali; ogrzewanie centralne, a rury do ogrzewania ukryte w parapecie okien.

Podłoga na salach chorych, jak wogóle w całym zakładzie z wyjątkiem przestrzeni operacyjnych, jest wyłożona »linotolem«. Jestto masa, podobna do cisawego linoleum, a grubość jej pokładu wynosi kilka centymetrów. Linotol myje się szczotką i mydłem, a po wyschnięciu smaruje lekko oliwą. Tłumi on doskonale wszelkie uderzenia, a więc i odgłos obuwia przy chodzeniu.

Ściany sal chorych są do połowy pomalowane emaliową farbą w różnych kolorach o szlachetnym dyskretnym tonie. Reszta ścian i powała pomalowane są zwykłą farbą na biało.

Obok sal chorych znajdują się salki do zmiany opatrunków, gdzie robi się cięższe opatrunki; zmianę lżejszych opatrunków wykonywa się na sali chorych.

Główne sale chorych znajdują się na piętrze; na parterze jest tylko pewna liczba pokojów dla pojedynczych chorych.

Do każdej większej sali należy osobna, doskonale urządzona łazienka, klozet, ubikacya, gdzie wrzuca się brudy, miejsce do mycia słojów i wreszcie kuchenka podręczna, gdzie potrawy, dostarczane windą z głównej kuchni, podgrzewa się na piecu gazowym.

Chorzy otrzymują w zasadzie 5 razy dnia pożywienie. Rano pomiędzy godz. 7—8 śniadanie, o godz 10. drugie śniadanie, między 1—2 obiad, o 3 herbata, a wieczorem między 7—8 wieczerza. Wszyscy chorzy otrzymują jedzenie do łóżek.

Na korytarzach znajdują się w obszernych niszach sale dzienne, wygodnie urządzone. Mahoniowe kanapki, wyścielane skórą, krzesełka i stoliki z pismami, kosze z żywemi kwiatami, pomieszczone tu są dla wygody i przyjemności chorych i personalu pielęgnującego.

Przestrzeń operacyjna składa się z trzech ubikacyi: sali aseptycznej, septycznej i przygotowalni. Sala septyczna jest dwa razy większa od aseptycznej i posiada dwa stoły operacyjne, na sali aseptycznej znajduje się jeden stół operacyjny. Sale te są kwadratowe o złagodzonych kątach ścian, powleczone białą emalią. Podłoga z sześciobocznych kamiennych, żółtawych płytek, posiada na boku zlewy. Oświetlenie jest górne i boczne. Ponad górnemi szybami z matowego szkła umieszczone są lampki elektryczne do wieczornego oświetlenia; boczne lampki umie-

szczone są za podwójnem oknem, zaopatrzonem w białe płócienne firanki, dla stłumienia nadmiaru światła słonecznego, położenie bowiem sal operacyjnych jest południowo-zachodnie. Na narzędzia lub puszki z wyjałowionym materyałem używane są stoliki z metalowemi lub szklanemi płytami. Na każdej sali znajdują się wpuszczone w ścianę zegar i szklane półki na narzędzia. Przybory do usypiania umieszczone są na małych stoliczkach obok stołów operacyjnych. Sala aseptyczna nie ma umywalni, w sali septycznej jest ich dwie. Miednice są fajansowe, krany niklowe, dające się łokciem lub głową otwierać, a ściana przed umywalniami wyłożona kafelkami. Ogrzewanie sal operacyjnych jest centralne, a kaloryfery ukryte są w parapecie okien. Okna nie są lustrzane, lecz w metalowych ramach dość duże szyby.

Przygotowalnia jest mniejsza od sal operacyjnych; obok umywalni o trzech kranach znajdują się tutaj dwa sterylizatory do gotowania narzędzi, jedna miednica do płukania narzędzi, cały szereg podstawek na małe miednice z sublimatem do płukania rąk, trzy stoliki na różne sprzęty, sterylizator do wyjaławiania wody, jeden mały autoklaw do szybkiego wyjaławiania. Salka ta dzieli salę septyczną od aseptycznej.

Duży autoklaw do wyjaławiania puszek z materyałem opatrunkowym znajduje się w osobnym pokoju. Wyjaławia się w parze pod ciśnieniem, a potem osusza się w autoklawie. Puszki po wydobyciu zamyka się i nie plombuje. W puszkach niklowych wyjaławia się tylko bieliznę, jak czapki, chałaty, kompresy gumowe i płócienne, prześcieradła; inne rzeczy, jak gazę, chustki, watę, opaski, szczotki, rękawiczki gumowe i niciane, wyjaławia się w puszkach blaszanych emaliowanych na biało lub niebiesko, z otworami w dnie. Przed wyjaławianiem kładzie się na dno kawałek bibuły i gazy.

Do cystoskopii przeznaczony jest osobny ciemny pokój. Chory spoczywa na stole prostym, lecz bardzo wygodnym. Obok znajduje się umywalnia i stoliki z podstawkami na cewniki i cystoskopy. Cewniki gumowe, jedwabne i cystoskopy wyjaławia się w formalinie. Służą do tego celu długie blaszane cylindry z przedziałkami i o podwójnem dnie. Na pierwsze dno leje się na watę 40% formaldehyd; do puszki wkłada się cewniki w szklanych rurach, zamkniętych z obu stron watą, a cystoskopy wstawia się do przedziałek w cylindrach, zawinięte w bibułę. Sterylizacya odbywa się przez 48 godzin na zimno.

Do zakładania opatrunków gipsowych jest osobny pokój ze stołem do wyciągu.

Oprócz tego jest cały szereg pomniejszych ubikacyi, gdzie pielęgniarki składają gazę, wkładają ją do puszek, przygotowują opaski i t. p.

Obok gabinetu dla profesora znajduje się kancelarya lekarska, cała wyłożona otwartemi półkami na historye chorób. Historye chorób są oprawiane w tomy; każdy tom zawiera historye chorób z jednego miesiąca; każdy rok ma 12 tomów. Oryentowanie się w tym zbiorze jest bardzo łatwe i szybkie.

Lekarze przebierają się w małej ubikacyi, gdzie po operacyach mogą brać ciepły tusz. Ubikacya ta jest wprawdzie bardzo mała, lecz wygodnie urządzona.

Sala wykładowa, bardzo duża, jest zbudowana amfiteatralnie i tak urządzona, ażeby można na niej wykonywać operacye.

Pracownia lekarska składa się z czterech dużych pokojów. W pierwszym pokoju, największym, stoi na środku okrągły stół z półkami na odczynniki chemiczne, na stole tym dokonuje się rozbiorów chemicznych. W rogu pokoju digestoryum z łaźnią wodną. Wzdłuż ściany pod oknami biegnie stół do mikroskopii. Znajdują się tutaj doskonały mikrotom, mikroskopy, waga analityczna i t. p. Drugi pokój urządzony do badań bakteryologicznych, wyposażony jest w kilka cieplarek do hodowania bakteryi i mały autoklaw do wyjaławiania pożywek. W trzecim pokoju jest pracownia preparatów, które mają być zachowane w muzeum. Czwarty pokój, przeznaczony na muzeum, zawiera wspaniały zbiór preparatów anatomicznych, uzyskanych przy operacyach. Szczególnie piękny i obfity jest zbiór kamieni pęcherzowych, nerkowych i wątrobowych.

Klinika nie posiada niestety osobnej pracowni rentgenologicznej, lecz odsyła chorych do zakładu wspólnego dla całego szpitala.

Materyał kliniczny jest bardzo piękny i różnorodny. W dziale chorób jamy brzusznej wielką część tworzą chore ginekologiczne, gdyż materyał ten chętnie bywa do kliniki przyjmowany. Operuje się codziennie z wyjątkiem niedzieli, od godz. 10. rano do godz. 1. w południe. Dziennie bywa 2—3 operacyi; rzadko kiedy więcej, chyba operacye nagłe, jak niedrożności jelit i t. p. Przed operacyami, o godz. 8. rano, odbywają się wizyty na salach chorych i wykład dla studentów. Wizyty odbywa sam prof. Rovsing lub pierwszy asystent; ordynaryusze zdają sprawę z przebiegu choroby swoich chorych, a prof. Rovsing przegląda szczegółowo historye chorób; historye te bywają natychmiast podczas wizyty przez praktykantów uzupełniane. Pielęgniarki zdają sprawę ze szczegółów, w ich zakres działania wchodzących. Operacyi dokonuje przeważnie sam prof. Rovsing, nawet drobniejszych zabiegów, lekarze kliniczni operują mało. Asystuje zawsze dwóch asystentów, praktykant podaje narzędzia. Trzeci asystent kliniki nie jest czynny jako chirurg, gdyż prowadzi on pracownię chemiczną, histologiczną i bakteryologiczną, a badania te są tutaj w wielkiem poszanowaniu i wykonywane są dokładnie i gorliwie. Wszystkie n. p. wysięki bywają szybko jeszcze podczas operacyi badane mikroskopowo, a wynik badania daje niejednokrotnie wskazówki co do postępowania. Obaj asystenci stoją zawsze naprzeciw operatora. Operującemu przysuwają mały stolik, na którym umieszcza się kilka peanów, pensetę, nóż, szpatułkę i kilka gazików; operator bierze sobie stąd sam narzędzia, a tylko niektóre podaje mu narzędziarz. W miarę ubywania gazików dorzuca je narzędziarz na stolik, albo też pielęgniarka podaje je długiemi kleszczami lub podaje puszkę, z której operujący wybiera gazę. Gazę i podwiązki podaje narzędziarz. Rovsing używa wyłącznie podwiązek z katgutu formalinowego, który się daje wygotować. Do podawania podwiązek służą metalowe ramki kwadratowe z rączką. Na ramkach tych rozpięte są nitki katgutu, jak struny na arfie; długość nitki około 25 cm. Narzędziarz trzyma za rączkę ramki w lewej ręce, prawą przecina nożyczkami jeden koniec struny i podaje operującemu; ten chwyta za koniec nitki, a wtedy narzędziarz obcina drugi koniec. W ten sposób nie dotyka się narzędziarz zupełnie podwiązki. Węzeł na chwyconem naczyniu zakłada się i kończy przy zamkniętym peanie; po odcięciu nitki puszcza dopiero asystent pean. Skórę szyje Rovsing zawsze drutem z bronzaluminium szwem ciągłym. Szyje bez imadła, dużemi płaskiemi igłami; tylko do szwów na jelitach używa imadła i małych okrągłych igieł. W powszechnem użyciu jest tutaj żegadło Paquelina do przecinania niektórych narządów, jak n. p. wyrostka robaczkowego, jajowodu, nasieniowodu. Wielki nacisk kładzie Rovsing na tamowanie krwotoku; wszystkie naczynia bywają podwiązane, a przy krwawieniu miąższowem przypala się żegadłem Paquelina. Postępowanie przy operacyi jest jałowe, ale z domieszką środka przeciwgnilnego w postaci 1% rozczynu fenosalylu. Płynem tym ciągle się się ranę polewa i macza, a ręce podczas operacyi opłukuje się w sublimacie wodnym 0·5‰. Fenosalyl i sublimat dostają się obficie do każdej rany.

Pole operacyjne przygotowuje się w wyjałowionych gumowych rękawicach, naprzód myje się dokładnie mydłem i wodą zapomocą wiór drzewnych wyjałowionych, po opłukaniu wodą wyciera się pole operacyjne gazą maczaną w eterze, wreszcie 0·5% rozczynem sublimatu w 50% alkoholu. Po takiem obmyciu otacza się pole operacyjne

wyjałowionymi gumowymi kompresami, na te zaś nakłada się kompresy płócienne.

Ręce myje się 5 minut mydłem i wodą płynącą ciepłą, zapomocą szczotki, wyjałowionej w autoklawie. Woda płynie z wodociągu miejskiego i jest tylko podgrzana. Mydło znajduje się w fajansowych miseczkach, umieszczonych przy umywalniach. Po spłukaniu mydła następuje mycie w 0·50‰ rozczynie sublimatu w 50% alkoholu przez 5 minut świeżą szczotką, poczem wdziewa się chałaty, rękawiczki gumowe, a na to niciane. Prof. Rovsing używa chałatu z długimi rękawami, asystenci ubierają się w chałaty z krótkimi, po łokcie sięgającymi rękawami. Rękawice gumowe wyjaławia się w autoklawie w osobnej puszce, dobrze łojkiem (talkiem) napudrowane, poprzedzielane kawałkiem bibuły. Rękawice niciane wyjaławia się także w autoklawie. Rękawice gumowe dają się łatwo wkładać, niciane dla łatwiejszego wciągnięcia macza się w rozczynie fenosalylu.

Na nogi wkłada się do operacyi wysokie gumowe kalosze, w tych samych jednak kaloszach operuje się na sali septycznej i aseptycznej. Podczas operacyi zdejmuje się niejednokrotnie rękawiczki niciane, płucze w fenosalylu i znowu je wdziewa; wyjątkowo zmienia Rovsing rękawiczki niciane na świeże.

Wyjałowione czapki podaje pielęgniarka szczypcami, a wkłada się je jeszcze nieobmytą ręką, przed rozpoczęciem mycia.

Podczas operacyi siedzą często tak operujący, jak i asystent, a Rovsing dyktuje praktykantowi przebieg operacyi do historyi choroby.

Po skończeniu operacyi osusza się linię szwów absolutnym alkoholem, przykłada cienki pasek waty i powleka kollodyonem. Na to wata drzewna i opaska kalikotowa lub płócienna, spięta agrafkami.

Chorego przywozi się wraz z łóżkiem przed salę operacyjną na wózku do przewożenia łóżka, stąd przenosi się go na stół operacyjny na rękach, co wykonują lekarze, studenci i pielęgniarki.

Na ½ godziny przed rozpoczęciem operacyi otrzymuje chory wstrzyknięcie 0·015 morfiny. Uśpienie przeprowadza się eterem, maską Wansehna. Składa się ona z mundsztuka gumowego i worka również gumowego lub, jak tu używają, z gaudafilu. Widziałem cały szereg uśpień i stwierdziłem naocznie, jak mało zużywa się przy tem eteru. W przeciągu godziny zużywa się średnio 30 40 cm sześciennych eteru. Jeżeli się chce doprowadzić więcej powietrza, uchyla się nieco na bok mundsztuk. Podniecenie jest krótkie, a uśpienie wystarczające. Rovsing bardzo zaleca to uśpienie.

Po operacyi przenosi się chorego do ogrzanego kamionkami łóżka na rękach.

Do badania chorób nerek posługuje się Rovsing obustronnem cewnikowaniem moczowodów, poczem obie porcye moczu bada się co do leukocytów, czerwonych ciałek krwi, nabłonków, wałeczków, kryształów, białka, bakteryi widzianych w preparacie pod mikroskopem i bakteryi na pożywkach. Z prób czynnościowych największe zaufanie ma Rovsing do oznaczania ilości mocznika. Czasem posługuje się chromocystoskopią (indigocarmin), gdy chodzi o znalezienie niewyraźnego ujścia moczowodu.

W klinice pracuje 5 lekarzy, z tego jest trzech asystentami, a dwóch praktykantami. Oprócz nich pracuje tu zawsze kilku studentów. Nieliczny to personal w stosunku do wielkości kliniki i wielkiej liczby chorych, ale wystarczający wobec wielkiej liczby wyćwiczonych pielęgniarek. Klinika, jak wogóle i szpitalne oddziały, nie ma wcale męskiej służby; służby żeńskiej niższej kategoryi do spełniania najgrubszych posług jest wogóle także bardzo mało. Wszystko spoczywa w rękach pielęgniarek, wykształconych tu na miejscu, w zawodowej szkole państwowej, która stanowi część składową powszechnego szpitala państwowego. Zrozumienie przez państwo konieczności podobnej instytucyi jest dowodem wielkiej kultury w zakresie szpitalnictwa. Tutaj lekarz, czy kliniczny, czy szpitalny, pozbawiony jest olbrzymiego balastu administracyjnego, któryby go wyczerpywał i uniemożliwiał, a co najmniej bardzo utrudniał właściwe zadanie, t. j. pracę około chorych i pracę naukową. Zadaniem lekarza w tutejszych zakładach jest operowanie, badanie chorych, protokółowanie przebiegu choroby, śledzenie wyników ordynacyi, reszta należy do pielęgniarki.

Pomiędzy pielęgniarkami panuje bardzo wielka karność, a wypływa ona nie z obawy przed naganą lub jakiemiś innemi przykremi następstwami, lecz z poczucia obowiązku i z dobrze zrozumianego swojego zadania. Pielęgniarka tutejsza pracuje samodzielnie i zna doskonale swoje obowiązki i zakres działania. Szkoła pielęgniarek znajduje się w osobnym dwupiętrowym gmachu. Sala wykładowa duża, widna, zaopatrzona jest w fantomy, tablice anatomiczne, kościec i inne przedmioty, potrzebne do nauki. Przed katedrą dla nauczycieli znajdują się dwa łóżka wzorowo zasłane; w jednem z nich leży ubrany fantom. Ławek ani stolików niema, są tylko krzesła. Uczennice tej szkoły i pielęgniarki zajęte w szpitalu obowiązkowo mieszkają w zakładzie, pomieszczone są po 2—3 w jednym pokoju, tylko starsze pielęgniarki mieszkają po jednej. Urządzenie pokojów mieszkalnych jest bardzo gustowne. Dla chorych uczennic i pielęgniarek istnieją osobne ubikacye, w których na czas choroby muszą pozostawać. Do posiłku schodzą się pielęgniarki do wspólnej sali i zasiadają przy jednym stole. Wytwornie urządzony salon i biblioteka, gdzie pielęgniarki towarzysko się bawią i odpoczywają, sąsiadują z salą jadalną. Umeblowanie tych pokojów jest mahoniowe, składa się z kanapek, krzesełek, stolików, pianina, w koszach śliczne palmy, na stolikach czasopisma i książki gustownie oprawne.

Pielęgniarki tutejsze pochodzą ze wszystkich sfer społeczeństwa Wiele kobiet oddaje się temu zawodowi dla chleba, ale wiele także z zamiłowania do tej pracy, z poczucia, że każdy człowiek powinien dla swojego społeczeństwa pracować. Po roku teoretycznej nauki w szkole otrzymuje uczennica dyplom na pielęgniarkę i zostaje przydzielona do jednego ze szpitali lub do kliniki, gdzie przez pierwszy rok spełnia łatwiejsze i mniej odpowiedzialne zajęcia, potem dopiero w miarę doświadczenia powierza się jej ważniejsze czynności, jak n. p. wyjaławianie, przygotowanie do operacyi i t. p.

Pielęgniarki, pracujące po klinikach i oddziałach szpitalnych, mieszkają w swoim gmachu. Na noc pozostają tylko te, które mają powierzone czuwanie nad chorymi. Po czuwaniu ma pielęgniarka wolny dzień dla odpoczynku, co parę zaś dni wypada wolna cała doba, którą pielęgniarka może spędzić poza obrębem szpitala.

Wynagrodzenie w stosunku do jakości ich pracy i pożyteczności, a już szczególnie w stosunku do płacy naszej, przeważnie nieudolnej służby, jest bardzo skromne. Pielęgniarka pobiera miesięcznie 20 duńskich koron (około 25 koron austryackich), otrzymuje mieszkanie i całkowite utrzymanie, a także ubranie służbowe.

Zbierając wszystko, co podczas pobytu mego na klinice Rovsinga widziałem, otwartą zostawić muszę sprawę urządzeń sal operacyjnych, sprawę systemu i metod operacyjnych, jako sprawę osobistego zapatrywania, doświadczenia, wreszcie szkoły.

Z wielkiem jednak uznaniem należy być dla porządku, czystości i ładu, jaki się tu wszędzie widzi, a już zwłaszcza dla znakomicie zorganizowanej i wyćwiczonej służby pielęgniarskiej. Pod tym względem, z przykrością stwierdzić trzeba, stoimy jeszcze bardzo nisko. Poruczenie u nas pielęgnowania chorych osobom zakonnym, krępowanym regułą i służbie, zupełnie do tego nieprzygotowanej, nie kulturalnej, często niepiśmiennej, razi jako anachronizm.

Poczuwając się do wielkiej wdzięczności, składam na tem miejscu podziękowanie Wysokiemu Wydziałowi Kra-

jowemu za umożliwienie podróży przez udzielenie mi stypendyum.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Borchers: **Całkowite wyłuszczenie migdałków podniebiennych** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 41). D. uważa wyłuszczanie całkowite migdałków za jedynie racyonalny sposób. Mylnem jest zdanie, że usunięcie migdałów jest szkodliwe. Szkodliwem może być tylko pozostawienie chorych części przy obcinaniu. Bardzo dobrze i łatwo wyłuszczać można migdały (o ile nie są zbyt miękkie) w uśpieniu chlorkiem etylu w ten sposób, że wyłuszcza się je z łożyska najpierw zapomocą elewatoryum, a potem łatwo do reszty palcem, odcinając w końcu nożyczkami pasma tkanki, trzymające się migdałka. Nie potrzeba do tego żadnego wielkiego instrumentaryum, operacya jest prosta i może dokonać jej każdy lekarz ambulatoryjnie. Krwotok bywa przytem nieznaczny i nie ma obawy zranienia większych naczyń, nieprawidłowo przebiegających. Z uśpienia chlorkiem etylu był D. w 30 przypadkach bardzo zadowolony. B. kładzie choremu na nos 8 płatków gazy i na nie daje kroplami chlorek; zwykle w 1—2 minut występuje stan, w którym można zupełnie już spokojnie operować. Po wyjęciu jednego migdałka chory się budzi; każemy mu wtedy usta wypłukać i znowu usypiamy go do operacyi strony drugiej. K.

Brandes: **Przypadek śmierci wskutek zatoru po wstrzyknięciu maści bizmutowej Becka do przetoki z ropniaka klatki piersiowej** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 44) Leczenie przetok pastą bizmutową Becka daje wprawdzie nieraz bardzo dobre wyniki, ale nie wolne jest od niebezpieczeństw, jako to zatrucie bizmutem, wytworzenie się zatoru. Pierwszego powikłania możemy uniknąć, stosując przetwory nie trujące, lub też usuwając pastę z powrotem. Zatory występują wprawdzie rzadko, ale są bardzo groźne. Taki właśnie przypadek opisuje autor. Po wstrzyknięciu (po raz drugi) 40 cm³ pasty wystąpiły objawy zatoru płuc i mózgu, a w końcu śmierć. Należy tedy pamiętać, by wstrzykiwać wolno i bez zbytniego ciśnienia i nie używać do wstrzykiwania cewnika, wsuwanego do przetoki, bo łatwo może on zranić ścianę przetoki. K.

Kümmell: **Przyczynek do chirurgii zapalenia nerek** (Arch. f. klin. Chir. 98. III). K. omawia wyniki leczenia operacyjnego przy zapaleniu nerek. Zapalenie nerek przy płonicy zwykle operacyi nie wymaga, w razie jednak bezmoczu nieraz nacięcie nerki lub obłuszczenie ratuje życie. Bardzo dobre wyniki daje obłuszczenie nerki przy toksycznych zapaleniach nerek (zatrucie sublimatem, karbolem, chloranem potasu i t. p.), a także przy rzucawce porodowej. Doskonałe wyniki operacyjne osiąga się też przy ostrych zakaźnych sprawach nerki (nephritis apostematosa), gdzie zwykle spotyka się liczne ropnie w substancyi korowej, a nawet i głębiej. Wykonywać trzeba przytem o ile możności nacięcie nerki (czasem jest się zmuszonym nawet do wycięcia nerki). Mniej pewne, choć czasem nieźle wyniki osiąga się przez obłuszczenie przy cierpieniach przewlekłych, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o silne bóle nerkowe lub krwotoki. Natomiast leczenie operacyjne przy właściwej chorobie Brighta zawodzi lub daje tylko poprawę przemijającą. K.

Kawasoye: **Doświadczalne badania nad sztucznem zamykaniem moczowodu** (Zeit. f. gyn. Urolog. III. Nr 4). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach podaje autor następujące uwagi co do sprawności nerki po zamknięciu moczowodu: Jeżeli zamknięcie moczowodu trwa dwa do czterech dni, nerka nie okazuje potem żadnych trwałych zmian i powraca całkowicie do swej czynności. Natomiast jeżeli zamknięcie trwa 4—7 dni, nerka zwykle częściowo okazuje już upośledzenie czynności. Po dniach 14 tylko nieliczne odcinki nerki są jeszcze zdolne do czynności (badanie zapomocą próby indygo-karminowej). Po 3 tygodniach trwania zamknięcia moczowodu, czynność całej nerki ulega zwykle już upośledzeniu na stałe. A.

Roosen: **Narzędzie do jałowego cewnikowania.** (Berl. kl. Woch. 1912, Nr 41). W środku cewnika znajduje się jałowy materyał, który w miarę wsuwania cewnika wsuwa się jako pochewka na cewnik od tyłu ku przodowi, chroniąc cewnik od zetknięcia się z błoną śluzową. Przez pociągnięcie za nitkę wsuwamy pochewkę z powrotem do środka i wyciągamy cewnik. A.

Marcuse: **O niedowładzie gruczołu krokowego** (Med. Klinik 1912. Nr 45). O ile o przeroście sterczu pisano i pisze się ciągle dużo, o tyle bardzo rzadko wspomina się o cierpieniach sterczu, przy których niema powiększenia tego gruczołu, a przedewszystkiem mało jest lekarzowi znany obraz chorobowy niedowładu sterczu. Cierpienie to nie jest bardzo rzadkie i wystąpić może w każdym wieku, najczęściej między 30—60. rokiem życia. Rozpoznanie, prócz wielu innych objawów. ułatwia badanie palcem. Gruczoł wydaje się wtedy miękki, mało odróżnia się zbitością od otoczenia i jest mniej drażliwy, niż zwykle. Cierpienie to wystąpić może samoistnie, lub też na tle trypra. Nierzadko spotykamy je u ludzi, którzy w młodości cierpieli na mimowolne moczenie nocne, a nawet w wielu przypadkach przy tem cierpieniu u chłopców gruczoł przedstawia właśnie charakterystyczne dla niedowładu zmiany. Bardzo często towarzyszą niedowładowi zmazania, niezdolność płciowa, oddawanie moczu podczas spółkowania, odchodzenie moczu kroplami i t. d. Niedowład wywołać może także przy odpowiedniem usposobieniu forsowna jazda konna. Niedowład sterczu spotyka się także często u neurasteników. Leczenie zwykle jest wdzięczne. Leczymy powód choroby, a prócz tego miejscowo stosuje się leczenie miesieniem, dalej zimnem i gorącem. Jeżeli równocześnie leczymy trypra, trzeba unikać środków zbyt drażniących. W uporczywych a ciężkich przypadkach uciec się w końcu trzeba do operacyi.

Doc Lotheisen: **O leczeniu pastą nowojodynową.** (Ze szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu, 1912). Leczenie przetok pastą bizmutową Becka oddaje cenne usługi, należy jednak zwracać bacznie uwagę, by nie wywołać zatrucia. Z tego też powodu zamiast bizmutu używa obecnie Lotheisen do pasty nowojodyny z bardzo dobrym skutkiem, zwłaszcza, że jod przy gruźlicy działa nieraz niemal swoiście. W początkach używa L pasty o składzie: »Rp. Novojodin 60,0, Vaselin. flav. americ. 120,0«, a do dalszych wstrzykiwań: »Rp. Novojodin 60,0, Paraffin. liq. 30,0, Vaselin. 120,0, Cer. alb. 10,0«. Nie należy nigdy wprowadzać naraz więcej, niż 60 cm³ i nie pod silnem ciśnieniem. Po wstrzyknięciu na miejsce wstrzyknięcia kładzie się worek z lodem na pół godziny. Pierwszy opatrunek po 4 dniach, a gdy wydzielina duża, to powtórne wstrzyknięcie. Gdy wydzielina mimo to zwiększa się, to należy myśleć o ciele obcem w głębi przetoki. Średnio w połowie przypadków osiąga się wyleczenie. Gorzej goją się przetoki gruźlicze, idące od kości, natomiast bardzo korzystne wyniki osiąga się przy przetokach klatki piersiowej po ropniakach opłucnej; można też próbować tego leczenia przy ropniach zimnych i wtedy L. wprowadza pastę z małego nacięcia. Przy przetokach odbytnicy próbować można tego leczenia, gdy przetoka jest bardzo rozgałęziona. Nieraz goją się dobrze po paście przetoki gruczołowe. Próbować też można pasty przy gruźliczych schorzeniach stawów zamiast plomby Mosetiga. Pasta nowojodynowa daje wcale nie gorsze obrazy rentgenowskie, niż bizmutowa. Wstrzykiwania pastą powinien robić tylko fachowy chirurg, i to w szpitalu.

Unikać należy leczenia pastą przy sprawach ostrych, a zawsze stosować je oględnie pod ciągłą kotrolą rentgenowską. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Stokar. **Doświadczenia z salwarsanem w praktyce.** (Med. Klinik 1912, Nr 47). Autor chwali bardzo salwarsan jako środek, który w kombinacyi z rtęcią przewlekle z przerwami stosowany, o wiele prędzej i energiczniej zwalcza kiłę, niż wszystkie dotychczas używane sposoby leczenia. S. poleca salwarsan głównie w neurorecydywach, dalej u tych chorych, u których istnieje idyosynkrazya do rtęci, lub gdzie objawy kiłowe na rtęć wcale lub nieznacznie tylko oddziałują; ostrzega jednak przed wielkiemi dawkami, stosowanemi w krótkich przerwach, i zwraca uwagę na bardzo różną wrażliwość na arszenik u rozmaitych osób, wychodząc zresztą z zasady, że już w jedynej, przepisanej dawce salwarsanu, zawartość arszeniku jest kilkakroć wyższą, niż używana w lecznictwie dawka najwyższa samego arszeniku. Mondschein.

Prof. Schultze. **Kiłowe schorzenia ośrodkowego układu nerwowego.** (Med. Klinik 1912, Nr 48–49). Dodatni odczyn Wassermana w płynie mózgowordzeniowym przemawia stanowczo za schorzeniem przyrody kiłowej. Rzadkie są nader przypadki, gdzie przy schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego odczyn jest ujemny. Odczyn ten jest często dodatni przy czysto drugorzędnych ogólnych objawach kiły, gdzie ośrodkowy układ nerwowy wcale żadnych jeszcze zmian chorobowych nie wykazuje; jeśli jednak przy schorzeniach mózgowych o pochodzeniu niepewnem odczyn Wassermana jest dodatni, to on stanowczo przemawia za kiłowem pochodzeniem sprawy. Stan obecny nauki jest w tym kierunku taki, że porażenie postępowe jest stanowczo czystem następstwem kiły, tak, iż ogólnie uzasadnionem jest twierdzenie: bez kiły nie ma porażenia postępowego.

Dzięki odczynowi Wassermana zwrócono baczniejszą uwagę na młodzieńcze porażenie postępowe, a więc tę postać porażenia, która ma swe źródło w odziedziczonej kile. Wprawdzie ta postać nie musi, jak dawniej sądzono, wystąpić w drugiem dziesięcioleciu życia, między bowiem zakażeniem kiłowem a wybuchem tej choroby nabytej u dorosłego jest zwykle przerwa 12—15 lat; może ona wystąpić o wiele później, ba nawet w piątem dziesięcioleciu. Za młodzieńczą odziedziczoną formą przemawia często spotykana trójca objawów Hutchinsona.

Brak odruchów kolanowych i objaw Argyll-Robertsona przemawiają stanowczo przeciw porażeniu, a za wiądem rdzenia. Za tem schorzeniem przemawia też brak zaburzeń mowy i pisma, dobra oryentacya co do miejsca i czasu, brak uszczerbku w inteligencyi danego osobnika, choć nie jest wykluczone i nieraz przez autora bywało spostrzegane występowanie u tabetyków zaburzeń psychicznych w postaci psychoz paranoidalnych z bardzo nieraz żywemi złudzeniami zmysłowemi. Co do tego, czy to uważać należy za psychozę właściwą tej chorobie, czy za przypadkowe powikłanie, rozmaite obecnie są zapatrywania. W każdym razie nie można na podstawie takich objawów rozpoznawać porażenia postępowego, choćby nawet było u danego osobnika pewne zaburzenie inteligencyi, ponieważ ono i przy wiądzie zdarzyć się może. Wiąd rdzenia bowiem jest chorobą par excellence przewlekłą, ciągnie się nieraz do późnego wieku i tu kombinować się może z otępieniem starczem lub z rozległą miażdżycą tętnic mózgowych. Także maniakalne stany podrażnienia nerwowego zdarzają się u tabetyków w posuniętym okresie i wieku.

Przewlekły alkoholizm może dawać podobne objawy i zaburzenia w odruchach, porażenia, bezład ruchów, bóle, zaburzenia czucia, niewyraźną mowę, otępienie umysłowe, brak pamięci, oryentacyi, kompleks objawów Korsakowa, a nawet, jak Nonne wykazał, objaw Argyll-Robertsohna, który dotąd stanowczo uważany był za pewny dowód przebytego zakażenia kiłowego. Ten zbiór objawów nazywano nawet alkoholowem porażeniem rzekomem, którą to nazwę obecnie porzucono. Ale powyższe objawy u chorego na wiąd alkoholika mogą łatwo dać powód do pomyłek rozpoznawczych.

Co się tyczy leczenia przy kile mózgowordzeniowej, to salwarsan daje dobre wyniki. Przy porażeniu postępowem i wiądzie rdzenia należy być ostrożnym co do podawania salwarsanu i przypisywania mu pomyślnych rezultatów, gdyż, jak doświadczenie uczy, przy obu powyższych chorobach często są pozorne samoistne polepszenia. Także obecnie zawcześnie byłoby osądzić, czy przy równoczesnem leczeniu kiły salwarsanem i rtęcią spodziewać się można zmniejszenia się w przyszłości, częstości porażenia postępowego i wiądu. Mondschein.

Decker. **Maść szkarłatowa i jej odmiany.** (Med. Klinik 1912, Nr 49). Maść ta (Scharlachrothsalbe) wywołuje bardzo silne bujanie nabłonka; ujemną jej stroną jest brukanie bandaży i bielizny. Stosować ją należy na rany o ziarninie bez zbytniej wydzieliny, w przeciwnym razie maść ta wzmaga bardzo wydzielanie, które znów przeszkadza pokryciu się nabłonkiem. Substancyą czynną w tej maści jest amidoazotoluol. Od chwili odkrycia tego składnika używa się go jedynie do sporządzenia tej maści, i to podobnie, jak w pierwotnej maści szkarłatowej, w 8% zgęszczeniu; taka maść jest wprawdzie równie droga jak tamta, ale działa szybciej i nie brucze tak opatrunku, który barwi się tylko słabo żółto. Nie wytwarza ona blizn twardych, co jest wielką zaletą szczególnie w sąsiedztwie stawów. Fabryki Kalle i Sp. wytwarzają substancyę podobną do amidoazotoliny i nazywają ją pellidolem, a ma ona tę wyższość, że nie barwi opatrunku, rozpuszcza się w tłuszczach, waselinie, a więc znajduje się w maści w rozpuszczeniu, a nie w zawiesinie, jak amidoazotoluol; wobec tego jest w słabszem zgęszczeniu i nie drażni tak tkanki, a co do skutku nie ustępuje pierwotnej maści szkarłatowej. Taż fabryka wyrabia też drugą podobną substancyę, azodolen, połączenie pellidolu z jodolenem (połączenie jodolu z białkiem), mającą własności odkażające i nie barwiącą wcale opatrunku. Autor stosował te maści w rozległych ranach, jak zranieniach zwykłych, ranach z oparzenia, wrzodach goleni, z bardzo dobrym i szybkim skutkiem, a przenosi dla czystości maści, zawierające pellidol, azodolen i amidoazotolinę nad pierwotną maść szkarłatową. Mondschein.

Jungman. **Jak nie należy leczyć tocznia.** (Med. Klinik Nr 48, 1912). Autor występuje przeciw leczeniu tocznia środkami gwałtownymi, a więc przypalaniem laseczką łapisu, czy sinego kamienia, kwasem azotowym czy solnym, pastą wiedeńską czy Landolfa, albo zabiegami operacyjnymi, jak nakłuwaniem lub skrobaniem ostrą łyżeczką. Tymi sposobami bowiem niszczy się zwykle także zdrową tkankę, znajdującą się między wykwitami tocznia. Żaden z tych sposobów niema własności niszczenia tylko części chorobą dotkniętych, a oszczędzania zdrowej tkanki. Autor odrzuca także stosowanie tych środków jako przygotowawczych przed poddaniem tocznia działaniu promieni pozafioletowych sposobem Finsena, ponieważ sposoby owe wywołują zwykle bliznę grubą, wałowatą, przez którą promienie pozafiołkowe przeniknąć często nie zdołają. W tych przypadkach stosuje autor nieraz używaną maść, jak pyrogallusową czy rezorcynową, albo nadmanganezian potasu lub sublimat w słabym rozczynie. Niektóre przypadki nadają się do zupełnego wycięcia, i to autor radzi wycinać najmniej 1 cm poza wykwitami tocznia w zdrowej tkance dla zapobieżenia nawrotom. Do przypadków, nadających się do wycięcia (sposób Langa), należą małe guzki odosobnione lub też i zlewające się w małe pola, a przedewszystkiem toczeń nosa, który zawsze łączy się ze zmianami lub jest następstwem zmian pierwotnych w błonie śluzowej nosa. Pierwsze formy tocznia nosa należy pokryć płatami z czoła, ramienia lub sposobem Thierscha, w drugiej formie należy użyć protez,

które czasem bywają tak doskonałe, że zupełnie czynią zadość wymogom kosmetyki, a stale są lepsze od plastyk nosowych z czoła; plastyki te bowiem wyglądają z początku zwykle za wielkie, potem za małe, a zwykle zatykają przewody nosowe. Proteza nosa ma to jeszcze pierwszeństwo, że pole wycięte można ciągle nadzorować i w razie małych nawrotów łatwo je leczyć. Obok promieni Finsena radzi autor stosować rad, promienie Röntgena; często też zachodzi potrzeba kombinacyi tych sposobów. Mondschein.

R. Rohrbach. **O nowszem leczeniu powikłań wiewióra.** (Dermat. Zeit. 1912. zesz. 1). Leczenie wstrzykiwaniami elektrargolu w chore najądrza autora nie zachwyca. Bolesność jest tak duża, a wynik tak wątpliwy, że R. leczenia owego mimo publikacyi Ascha, w której tenże o świetnych wynikach leczenia elektrargolem donosi — zaprzestał. Arthigon oddał natomiast autorowi znaczne przysługi. U 50% chorych cierpiących na zapalenie najądrza bolesność po podaniu arthigonu znika w krótkim czasie, a leczenie skraca się znacznie. Wstrzykiwania podskórne czy śródmiąższowe są prawie niebolesne i żadnych przykrych następstw nie wywołują. Leczenie arthigonem chorych, cierpiących na zapalenie stawów wiewiórowe, jest »wprost wskazane« bo »nie mamy do dziś dnia środka, któryby tak szybko uspokajał bóle, znosił podniesienie się ciepłoty ciała i przywracał choremu w tak krótkim czasie możność poruszania w danym zajętym stawie«. H. L. Weber.

Weidenfeld. **O rozlicznych nabłoniakach skóry** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1912. T. 111). W pracy swej opisuje W. przypadek rozlicznych nabłoniaków skóry u pewnej chorej, która z powodu białaczki przez lata całe była leczona arsenem. Nabłoniaki owe powstawały w miejscach, w których skóra uległa choćby lekkim urazom, jak np. ukłucie lub lekkie skaleczenie się. W. sądzi, że ową własność nabłonka, odpowiadającego na urazy wytworzeniem się nowotworów, u danej pacyentki przypisać należy nadużyciu arsenu. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dn. 4. XII. 1912.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

1) Kol. Trenkner pokazał 6-letniego chłopca z zezem rozbieżnym, wysadzeniem prawego oka, opadnięciem prawej powieki górnej, rozszerzeniem źrenic, słabym odczynem źrenicznym prawego oka, ze zmianami na dnie oka, a mianowicie: z lekkim obrzękiem w okolicy prawego nerwu wzrokowego, bladością obydwu tarcz. Z innych objawów: drżenie mięśni kończyn dolnych i wzmożone odruchy kolanowe. Na zasadzie powyższego kol. T. rozpoznaje **guz mózgu**, przypuszczalnie w okolicy wzgórka czworaczego.

2) Kol. Grosglik i Klozenberg pokazali kobietę w wieku lat 26, z **twardziną skóry**. Według kol. Klozenberga jest to kombinacya twardziny ze zgorzelą symetryczną Raynauda.

3) Kol. Grabowski: **O nowem prawodawstwie fabrycznem i o kasach dla chorych.** W dyskusyi wzięli udział koledzy: Sterling, Pański, Handelsman, Tereszkowicz, Rundo, Tomaszewski, Pinkus, Goldberg, Krusche i prelegent.

Ze względu na to, że poruszona sprawa interesuje nietylko członków Towarzystwa, lecz w równej mierze obchodzić powinna i lekarzy nie stowarzyszonych, nowe bowiem prawodawstwo fabryczne przewiduje zasadnicze zmiany w dotychczasowych stosunkach fabryczno-lekarskich, uchwalono wybrać komisyę (z kol. Pinkusa, Grabowskiego i Goldenberga), któraby poruszoną przez kol. Grabowskiego rzecz ujęła w postaci treściwego elaboratu i złożyła go na ręce Zarządu, który znów zaprosi na jedno z posiedzeń styczniowych r. p. wszystkich lekarzy, praktykujących w Łodzi, celem wspólnego omówienia rzeczy i ewentualnego powzięcia postanowień w tej tak ważnej dla interesów zawodowych lekarzy sprawie.

4) Kol. Maybaum przedstawił: 1) oddzieloną pod wpływem wziętego w celach samobójczych kwasu siarczanego i wykrztuszoną po 8 dniach **błonę śluzową przełyku,** w postaci odlewu przełyku, 2) preparat **złośliwego nowotworu** żołądka (u 42-letniej osoby).

Posiedzenie z dn. 18. XII. 1912.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

1) Kol. Trenkner w zastępstwie nieobecnego na posiedzeniu kol. Goldenberga przedstawił mężczyznę, mającego 67 lat, z wątrobą bardzo powiększoną, której dolna granica sięga poniżej pępka. Rozpoznanie waha się między guzem wątroby a marskością. (Przypadek z ambulatoryum Towarzystwa dobroczynności).

2) Kol. Klozenberg przedstawił 24-letnią kobietę, u której w 17. roku życia wraz z ustaniem krwawień miesięcznych i zmniejszeniem się gruczołów sutkowych nastąpiła zmiana w uwłosieniu; owłosienie twarzy, klatki piersiowej, brzucha i wewnętrznej powierzchni ud przybrało charakter owłosienia męzkiego. Badanie ginekologiczne stwierdza obecnie zanikanie narządów rozrodczych (bardzo małą macicę, jajniki wielkości grochu). Prócz tego chora cierpi na cukrzycę ($1^1/_2$% cukru). Kol. Klozenberg przypuszcza w danym przypadku schorzenie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem **(insuffisance polyglandulaire)** i zamierza zastosować leczenie w kierunku organoterapeutycznym.

3) Kol. Trenkner podał cyfry, dotyczące preliminowanego na r. 1913 budżetu.

4) Kol. Silberstrom: **O badaniu krwi co do ciąży sposobem Abderhaldena.** Treść odczytu w zarysach najogólniejszych: Najnowsze prace fizyologów, a głównie Abderhaldena, dowiodły, że pokarmy białkowe ulegają w przewodzie pokarmowym rozszczepieniu na związki najprostsze, zwane kwasami aminowymi, i dopiero w nabłonku jelita białko z tych kwasów aminowych zostaje na nowo odbudowane w postaci białka, danemu ustrojowi właściwego, czyli, jak je Abderhalden nazywa, białka krwi rodzimego. Abderhalden odróżnia w samym ustroju białko krwi od białka komórek, które to białka są względem siebie obce, ponieważ mają budowę niejednakową. Gdy więc pokarmy białkowe wprowadzimy do ustroju nie przez przewód pokarmowy, lecz wprost do krwi, ustrój odpowiada na to szybkiem uruchomieniem fermentów proteolitycznych, które białko rozszczepiają, jak to czynią fermenty przewodu pokarmowego. Obecność tych fermentów we krwi można ustalić za pomocą polarymetru lub zapomocą dyalizy. Wychodząc z tego faktu, a również i z tego, że podczas ciąży odczepiają się elementy kosmówki, i że one, krążąc w krwiobiegu matki, stają się względem niej materyałem białkowo-obcym, Abderhalden i jego uczniowie szukali we krwi ciężarnych fermentów, rozszczepiających białko i istotnie je znaleźli. Badanie więc krwi co do ciąży sprowadza się do stwierdzenia wymienionego fermentu we krwi, który znajduje się stale od I. miesiąca ciąży i znika dopiero w 2 tygodnie po porodzie.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Tenenbaum, Sonenberg i Klozenberg.

5) W końcu posiedzenia kol. Bogusławski podzielił się ze słuchaczami wynikami swych doświadczeń z różnymi **środkami dezynfekcyjnymi** i uzasadnił potrzebę oddziału izolacyjnego.

W dyskusyi przemawiali koledzy: Trenkner, Maksymilian Cohn i Rosenthal. E. Sonenberg.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XIX. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 27. kwietnia (10. maja) 1912.

Obecnych członków 21, gości 3. Przewodniczy wiceprezes Dr Szymon Dzierżgowski.

Przewodniczący podaje do wiadomości, że Dr Witold Zasidatel-Krzemieński odczyt swój »O zatruciu tytoniem w związku z nauką o angioneurozach i z chorobą Raynauda« z powodu choroby odwołał.

Wobec tego wygłosił prof. Ziemacki rzecz p. t.: **Przypadek zwężenia odźwiernika z zastosowaniem gastroenteroanastomozy** (z pokazem operowanej chorej).

M. J., 37 lat. nauczycielka, zachorowała 3 lata temu najniespodziewaniej na bóle w nadpępczu, które z początku ograniczały się do niewielkiej przestrzeni, a z czasem rozszerzyły się na cały żołądek. W jesieni 1911 zaczęły się częste wymioty, odbijanie, czasem kwaśne, czasem cuchnące. Chora nie może jeść stałych pokarmów, lecz musi odżywiać się tylko płynami. W pierwszych miesiącach choroby miewała krwawe wymioty. Dwa lata temu rozwolnienia, które powoli ustąpiły i w roku bieżącym cierpi chora na zaparcie. które ustępuje tylko lawatywom. Czasem miewa chora bicie serca, zrzadka kaszle. Miesiączkowanie co 6 tygodni po 1—3 dni. Osoba bardzo wychudła. Język suchy, zlekka obłożony. Ucisk na nadpępcze bolesny. Podczas rozdęcia żołądka sztucznie kwasem węglowym, granice jego na palec nie sięgają do pępka. Na całym brzuchu odgłos opukowy bębenkowy, bez żadnego stłumienia. Badanie zawartości żołądka 5. marca wykazało, że w 45' po próbnem śniadaniu Boas-Ewalda wypompowano z żołądka 70 cm^3 płynu z wielką domieszką śluzu. Płynna część przesączu jest żółtawa, opalizująca, zawiera wolny kwas solny. Ogólna kwasność soku żołądkowego 66 cm^3, $^1/_{10}$ n. NaHO — 0·24%. — Wolny kwas solny 34 cm^3 — 0,12%. — Związany kwas solny wedle Töpfera 30 cm^3 — 0,11%. — Kwasu mlecznego, octowego i masłowego nie znaleziono. — Próba benzydynowa ujemna. Próba Gmelina dodatnia. — Pepsyna wedle Grossa, w ilości prawidłowej. Przy badaniu drobnowidowem znaleziono wielkie ilości śluzu, po części zmieszanego z wielką ilością krwinek białych i komórek nabłonkowych, komórki drożdżowe i napęczniałe ziarna krochmalu.

Stan ogólny chorej dość dobry. W sercu i płucach żadnych zmian niema. W moczu c. g. = 1020, oprócz zwiększonej zawartości soli moczanowych znaleść można nieco cylindroidów i nieco komórek nabłonkowych z kielichów nerkowych. Waga ciała 2 p 30 f. Ciepłota ciała waha się pomiędzy 37,7 lub 37,8 do 37,4 lub 37,5°. W przeciągu dwóch tygodni, które chora przebyła w mojej klinice, waga ciała podniosła się o 2 funty. Pomimo tego jednak bole i odbijanie i niemożność spożywania pokarmów stałych zmuszały do przedsięwzięcia operacyi, którą też wykonałem w dniu 14. (27.) marca 1912. Po rozcięciu brzucha zbadanie okolicy odźwiernika wykazało, że ściana żołądka jest w tej okolicy nieco zgrubiała, a sam odźwiernik jest tak zwężony, że nie przepuszcza palca, a co najwyżej może przepuścić ołówek zwyczajnej grubości. W uśpieniu chloroformowo-tlenowem wykonałem gastroenteroanastomozę pomiędzy jelitem czczem a żołądkiem sposobem Roux, przyczem odprowadzającą pętlę jelita wszyłem do tylnej ściany żołądka, dotarłszy do niej przez worek sieciowy (bursa omentalis) rozcięciem krezki jelita poprzecznego. Jelito doprowadzające wszyłem w jelito odprowadzające o 10 do 12 centymetrów poniżej połączenia z żołądkiem. Na rozciętą krezkę jelit założyłem szwy, którymi przyszyłem ją do otrzewnej, wyściełającej tylną powierzchnię jamy brzusznej i krezkę jelita poprzecznego. Szwy Lamberta, węzełkowe, jedwabne.

Operacyę chora zniosła doskonale. Przebieg pooperacyjny bez zarzutu. Zgojenie doraźne. Ciepłota wahała się pomiędzy 36,7° a 37,6°. Dnia 21. marca zdjąłem szwy. Dnia 26. wstała chora z łóżka, 2. kwietnia wyszła z kliniki zupełnie zdrowa. Ostatnimi dniami w czasie pobytu w klinice zaczęła odżywiać się bez zwracania uwagi na rodzaj pokarmu, przyczem okazało się, że jeść może dowolnie wszelkie potrawy, nie uczuwając żadnego bolu, a nawet zaczęła uczuwać wilczy apetyt i dogadzać sobie, jedząc chleb razowy, mięso i t. d., na co dawniej nie mogła sobie pozwolić. W chwili wyjścia z kliniki, waga ciała wynosiła 2 p. 24 ft. Na posiedzeniu Sekcyi lekarskiej Związku P. L. i P. mogłem przedstawić chorą już zupełnie zdrową; wygląda ona doskonale, je wszystko, co się jej żywnie podoba, trawi doskonale, waga ciała znacznie się wzmogła.

Nawiązując do tego przypadku sprawę wartości różnych sposobów gastroenteroanastomozy, stanowczo przechylam się na zasadzie własnego doświadczenia u chorych ludzi, a głównie na zasadzie doświadczeń, dokonanych na psach zdrowych, do metody Roux, tylko wykonywanej nie sposobem bocznej anastomozy, lecz poprzecznem cięciem jelita czczego i przyszyciem poprzecznego cięcia jelita do tylnej bocznej ściany żołądka. Tylną boczną ścianę żołądka otwieram przez rozcięcie krezki okrężnicy poprzecznej i od torby sieciowej. Jestto metoda zupełnie analogiczna do drugiej metody Wölflera, wypracowanej na psach. Metoda ta ma niezrównaną wyższość nad sposobami bocznych anastomoz Wölflera, Hackera, Brenner-Billrotha i t. d. (Streszczenie własne).

Przewodniczący w imieniu zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Podano do wiadomości, iż w jesieni (data ściśle jeszcze nie określona) ma się odbyć w Krakowie Zjazd chirurgów polskich. 2) Odczytano listy, przesłane do prof. Ciechanowskiego i Dra Kwaśnickiego z powodu mianowania ich członkami honorowymi »Związku«. Również odczytano ich odpowiedzi. 3) Prof. Weljaminow zwraca się do »Związku« z prośbą o dostarczenie referatów chirurgicznych prac polskich. Obrano komisyę złożoną z prof. Ziemackiego, Drów Szymanowskiego, Zdanowicza, W. Kozłowskiego i stomatologa Jana Kozłowskiego. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

Posiedzenie z dnia 12 stycznia 1912.

Obecnych 32 członków i 8 gości.

1) Kol. Załkindson pokazuje chłopaka lat 12, u którego przed 4 miesiącami dokonał **gastroenteroanastomozy** z powodu silnego zwężenia odźwiernika (wrzód). Obecnie w miejscu cięcia na skórze nieduża blizna, chłopak czuje się znakomicie. Ciekawem jest, że ojciec jego przed laty 8 również miał silne zwężenie odźwiernika, lecz nie chciał poddać się operacyi i zmarł z wyniszczenia głodowego.

2) Kol. Szabad opisuje swe wrażenia z III Zjazdu internistów i Zjazdu Ligi przeciwgruźliczej w Moskwie w końcu 1911 r. (nie nadaje się do streszczenia).

Posiedzenie z dnia 13 lutego 1912.

Obecnych 32 członków i 6 gości.

Kol. Szapiro: **Podstawy współczesnej dyagnostyki gruźlicy płuc.** Referent podkreśla, że w przypadkach niewyraźnych nie należy pogardzać nawet taką na pozór drobnostką, jak badanie płuc w godzinach rannych, gdyż wówczas w drogach oddechowych jeszcze jest sporo śluzu; w ostateczności po zastosowaniu wszystkich znanych sposobów badania można uciec się do niezupełnie bezpiecznego środka, próbnego wstrzyknięcia tuberkuliny.

W dyskusyi kol. Świeżyński zaznacza, że referent pominął zupełnie badanie tętna, którego wyniki częstokroć dają poważne wskazówki co do istoty sprawy chorobowej. — Kol. Jakowlew (gość) opowiada, że w Wileńskim szpitalu

wojskowym weszło w zwyczaj przy opukiwaniu szczytów płucnych posługiwać się sposobem Plescha, polegającym na tem, że podczas opukiwania asystujący przykłada dłoń swą do szczytu drugiego płuca, przez co tłumi oddźwięk w szczycie nieopukiwanym. — Kol. Lewit przypomina, że nie zawadzi przed wstrzyknięciem tuberkuliny wstrzyknąć nieco wody przekroplonej, jak to czyni Keller, ponieważ już samo ukłucie może niekiedy wywołać wzniesienie ciepłoty; prof. Schrötter zamiast wstrzykiwań stosuje wziewania tuberkuliny. — Kol. Bagieński ostrzega przed próbnem wstrzykiwaniem tuberkuliny; w praktyce swej miał przypadek, gdzie rozchodziły się zdania co do rozpoznania: gruźlica czy też rak krtani; po wstrzyknięciu próbnej — stosunkowo dużej, ma się rozumieć — dawki tuberkuliny, ciepłota dosięgła 40,5° C i wystąpiły objawy podrażnienia opon mózgowych; po 10 dniach bardzo groźnego stanu ku wielkiemu zdumieniu obserwujących ów przypadek lekarzy, którzy nie wątpili o zapaleniu opon mózgowych, stan zaczął się poprawiać szybko; w ciągu tych 10 dni strata na wadze przewyższyła 7 kilogr.

Kol. Szapiro w zupełności zgadza się z kolegami Świeżyńskim i Bagieńskim; uwaga kolegi Lewita zdaniem referenta nie ma praktycznego znaczenia, ponieważ ciepłota pod wpływem ukłucia jeżeli się podwyższa, to w bardzo małym stopniu; co do rozmaitych sposobów opukiwania i sposobu Plescha, nie posiadają one zalet specyalnych; dobrym jest każdy sposób opukiwania, do jakiego kto się przyzwyczaił.

Posiedzenie z dnia 12. marca 1912.

Obecnych 18 członków i 2 gości.

Kol. Szapiro: **Współczesny stan sprawy zapalenia wyrostka robaczkowego i zabiegu operacyjnego z punktu widzenia internisty.** Omówiwszy różne teorye o przyczynach, wywołujących zapalenie wyrostka, referent skreślił anatomię patologiczną i kliniczne postacie chorobowe, omówił obszernie rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, podkreślił, że zwykle interniście przypada w udziale owo rozpoznanie, niekiedy przedstawiające wielkie trudności, stwierdził wreszcie, że niemniejsze trudności przedstawia rokowanie oraz leczenie, a właściwie sprawa zabiegu operacyjnego. Pod tym względem dane statystyczne przemawiają za operacyjnym zabiegiem; zachowawcze, wyczekujące stanowisko musimy stosować w przypadkach lekkich, badanie krwi wedł. Arnetha może tu również być pomocne. Nie należy jednak zbytnio zwlekać z operacyą, ponieważ znane są przypadki szybko następującego niekiedy przedziurawienia wyrostka. Bezwarunkowo nie należy unikać operacyi, jeżeli napady powtarzają się.

W dyskusyi kol. Krainskij zapytuje, czy w przypadkach przytoczonych przez referenta robiono badania bakteryologiczne i czy jest jakiś rodzaj drobnoustrojów, który ma predylekcyę do wyrostka robaczkowego. — Kol. Dillon dowodzi, że podział przypadków zapalenia wyrostka na lekkie i ciężkie jest zupełnie nieuzasadniony; wiadomem jest, że przypadek, który zrana jeszcze wydawał się lekkim, wieczorem może stać się bardzo ciężkim i odwrotnie; zresztą często w ciągu pierwszych 24, a czasem 36 godzin rozpoznanie istoty sprawy jest niemożliwe. Naogół objawy przy zapaleniu wyrostka wcale mogą nie odpowiadać zmianom anatomopatologicznym; n. p. u pewnej chorej podczas operacyi znaleziono wyrostek wypełniony ropą i w silnym stopniu nadżarty. Osoba ta przez czas dłuższy po ostatnim napadzie bólów nie miała żadnych objawów zapalenia wyrostka. Znane znowuż są przypadki zupełnego zarośnięcia i zaniku wyrostka po pierwszym i jedynym napadzie bólów. — Kol. Szapiro w odpowiedzi zaznacza, że z pomiędzy rozmaitych drobnoustrojów, znajdowanych w zapaleniu wyrostka, najczęstszym jest laseczník okrężnicy; zresztą ma tu znaczenie nie gatunek drobnoustrojów, lecz ich złośliwość. Kol. Dillon zdaniem referenta niesłusznie utrzymuje, że w odczycie podany został pewien schemat, według którego możnaby orzec, że ten lub ów przypadek jest lekki, czy też ciężki i stosownie do tego, jak wypada owo orzeczenie, wstrzymać się od zabiegu chirurgicznego lub też natychmiast operować. Jak w każdym przypadku, tak i tu również należy unikać wszelkich schematów; stara i powszechnie znana zasada indywidualizowania przypadków tu musi być ściśle przestrzegana.

Posiedzenie z dnia 12. kwietnia 1912.

Obecnych 23 członków i 5 gości.

1) Kol. Wirszubski pokazuje: a) chłopaka lat 15, u którego po urazie czaszki (uderzenie kamieniem z tyłu) występować zaczęły każdego dnia po 2—3 razy napady padaczki mniejszej, zaś w nocy bywały, co prawda tylko po 2—3 razy na miesiąc, napady **padaczki** ogólne. Gdy leczenie (mixtura wedł. Bechtierewa i dyeta), stosowane przez cały rok nie wywarło żadnego skutku, poradzono zabieg chirurgiczny; w Berlinie prof. Krause dokonał zabiegu (sposobem Kochera); odtąd już w ciągu 4 miesięcy dziennych napadów padaczkowych nie było, a raz tylko jeden, 23. marca w nocy, wystąpił napad padaczkowy ogólny (epilepsia major). b) Chłopaka lat 10, u którego wskutek **złamania czaszki** na granicy kości skroniowej i ciemieniowej z lewej strony dokonano wyjęcia wciśniętych kawałeczków kości; zagojenie nastąpiło szybko, lecz skutkiem urazu pozostały do dziś dnia wszystkie zjawiska **afazyi** w ogólnem znaczeniu tego słowa, a więc zaburzenia mowy, agrafia, apraksya, parafazya i t. d. Na pytanie »jaki dzisiaj dzień«, odpowiedź: »zowią mię Oszer«, »jak dawno chorujesz« — »mam 22 lata«, »włożyłem nogi« (zamiast buty), »podnieś rękę do góry« — wysuwa język, »podnieś lewą rękę« — podnosi lewą nogę, »napisz stół« — pisze »swom«. Chłopak od 5 lat uczył się w chederze (szkółka talmudyst.), a książki do nabożeństwa nie może czytać — dysleksya lub aleksya, z wielkim trudem dodaje małe liczby; przedmioty poznaje, ale nazw ich nie może powiedzieć.

2) Kol. Krainskij. **Leczenie kiły układu nerwowego.** Referent, zwolennik energicznego leczenia swoistego, w każdym przypadku nie zadowalnia się jednym lub dwoma środkami, lecz stosuje możliwie wszystko, co można stosować w kile, a więc arsenobenzol, hektynę, przetwory nukleinowe, lecytynę, ma się rozumieć jod i rtęć, a niekiedy tuberkulinę; dawki zwłaszcza J i Hg powinny być duże. Zdaniem referenta parasyfilis nie istnieje; badania anatomo-patologiczne dowiodły obecności krętków bladych w tkance naczyń krwionośnych i w przypadkach bezwładu postępującego oraz wiądu rdzenia. Należy więc zwalczać ów utarty pesymizm autorów co do rokowania; na ogół we wszystkich schorzeniach tkanki nerwowej na tle kiłowem nie należy przesądzać, czy i jakie czynności układu nerwowego da się uratować przez swoiste leczenie. W całym szeregu przypadków, przytoczonych przez referenta, uzyskano po energicznej kuracyi skombinowanej wyniki zadowalniające, a niekiedy nadspodziewane: niektóre zdawałoby się już zupełnie zanikłe czynności tkanki nerwowej stopniowo powracały.

W dyskusyi kol. Wirszubski wyraża zdziwienie z powodu tak świetnych wyników leczenia. Tłumaczy on te wyniki w sposób następujący: W tkance nerwowej zanik lub upośledzenie. Czynności na razie przekraczają granice anatomiczne miejsca schorzenia, sąsiednie zdrowe komórki i włókienka są jak gdyby w stanie wstrząsu (shock), dopiero potem powracają do stanu prawidłowego, przez to otrzymujemy wznowienie niektórych czynności; ale nie może być mowy o wznowieniu owych czynności w tkance zwyrodniałej.

Kol. Sycianko zaznacza, że autorzy francuscy już od dawna stosunkowo podkreślają dobry wpływ salwarsanu w przebiegu porażenia postępującego bez stosowania innych środków.

Kol. Szapiro podnosi, że przetwory jodu, jak sajodyna, jodalbacid, jodon i t. d. zawierają bardzo mało jodu, stąd i działanie ich jest niedostateczne.

Kol. Krainskij w odpowiedzi zaznacza, że w referacie jego niema mowy o wznowieniu czynności tkanki zwyrodniałej, natomiast jest mowa o tem, że nie należy przesądzać, co mianowicie jest zwyrodniałe; przypadki przytoczone obserwowane były również przez innych obecnych tu kolegów. Z leczenia salwarsanem referent nie miał wyników dobrych, aż zaczął stosować salwarsan w każdym przypadku po kilka razy w odstępach mniej więcej 6—10-dniowych.

Posiedzenie z d. 25. kwietnia 1912.

Obecnych 12 członków i 3 gości.

Kol. Figier. **O stosowaniu pituitryny w położnictwie.** Referent na podstawie własnego doświadczenia w 30 przypadkach oraz spostrzeżeń różnych autorów dochodzi do wniosków następujących: 1) Pituitryna zwiększa bóle porodowe. 2) Skurcze macicy nie są tężcowe, lecz rytmiczne. 3) Pituitryna nie szkodzi matce i dziecku. 4) Przeciwwskazanie — w przypadkach zwężenia miednicy. 5) Pituitryna stosowana może być wyłącznie przez lekarza. 6) Jest ona najlepszym środkiem w walce ze słabymi bólami porodowymi i z krwotokami skutkiem atonii macicy. 7) Możnaby wytłumaczyć świetne działanie pituitryny wyrównaniem niedostatecznej czynności fizyologicznej przysadki mózgowej. 8) Prawdopodobnie wyciąg z przysadki, zastosowany w pewnych okolicznościach, staje się bodźcem porodu.

W dyskusyi kol. Burak twierdzi, że jednak niekiedy skurcze macicy po zastosowaniu wyciągu z przysadki mają cechy tężcowych; pituitryna niekiedy zupełnie nie okazuje żadnego wpływu na przebieg porodu, niekiedy zaś przyśpiesza już rozpoczęty akt porodu; w przypadkach zmiękczenia kości (osteomalacia) pituitryna podobno działa dobrze. — Kol. Zarcyn nie podziela zbyt różowego poglądu referenta; w literaturze są dane wcale nie optymistyczne. — Kol. Kowarski sądzi, że pituitryna może jednak szkodzić dziecku, należy stosować ją bardzo ostrożnie i bacznie śledzić działalność serca płodu.

Kol. Figier w odpowiedzi zaznacza, że w piśmiennictwie nie znalazł wzmianki o szkodliwym wpływie wyciągu na płód. Dr Safarewicz

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 19. II 1913 posiedzenie, na którem prof. Dr Lewkowicz przedstawił chorych z kliniki chorób dzieci, doc. Dr Latkowski krzywe elektrokardyograficzne, Dr Wachtel chorą z kliniki lekarskiej, prof. Dr Kader chorą z kliniki chirurgicznej. W dyskusyi zabierali głos: kol. prof. Kader, Dr Blassberg, Hirsch, Glassner i prof. Łepkowski.

— Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w Krakowie w Domu lekarskim 2 marca** b. r. o godz. 4. popołudniu (obacz niżej ogłoszenie).

— Dr Władysław Kohlberger, dyrektor krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, obchodził z początkiem b. m. 25-letni jubileusz pracy zawodowej. W dniu jubileuszu składali Jubilatowi życzenia imieniem lekarzy Zakładu Dr Maliszewski, następnie przedstawiciele personalu administracyjnego i służby. Szef Departamentu sanitarnego Wydziału kraj., Dr Bernadzikowski, podniósł w gorących słowach zasługi Jubilata.

Dr Kohlberger, ukończywszy Wydział lekarski w Krakowie w r. 1881, kształcił się dalej w ginekologii, pedyatryi, chirurgii i chemii lekarskiej w Krakowie i Pradze, następnie pracował 3 lata w zakładzie prof. Ludwiga w Lipsku w zakresie fizyologii i chemii lekarskiej. Po powrocie do kraju pracował dwa lata w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, od r. 1888 poświęciwszy się wyłącznie psychiatryi. W r. 1889 przeniósł się do Kulparkowa, jako sekundaryusz; w r. 1896 mianowany został prymaryuszem, w r. 1901 zastępcą dyrektora, w r. 1903 dyrektorem Zakładu. Na tem stanowisku czekała go praca ogromna w warunkach niezmiernie trudnych; działalność jego zapisała się w historyi Kulparkowa trwale przez rozszerzenie i znaczne udoskonalenie tego Zakładu, a w historyi opieki nad obłąkanymi w kraju przez inicyatywę stworzenia drugiego zakładu — w Kobierzynie i czynny udział w opracowaniu projektów tej instytucyi.

Zasłużonemu Jubilatowi składamy najszczersze życzenia »Ad multos annos!«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Franciszek Jurzykowski, rodem z Jabłonkowa (Śląsk austr.).

— Stypendyum, utworzone przez Dr Fidlera z Radomia z uzyskanej na konkursie »Przeglądu lek.« nagrody, otrzymał we Lwowie słuchacz med. p. Emil Stefek.

— Zarząd Biblioteki Tow. lekarskiego krakowskiego składa JWPP. Prof. Dr Glińskiemu i Bujwidowi serdeczne podziękowanie za czasopisma, darowane Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. II. do 15. II. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † — (obcych 6 † 1), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 31 † 5 (3 † —), odry 7, duru brzusznego 1 † 1 (3 † —), czerwonki 1 † 1, róży 1 † 1, kuru 2.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 6. II. 1912 przedstawiono m. i. komunikat p. Anastazego Landaua: »O cukromoczu adrenalinowym«.

— Ufundowany przez siebie przy ul. Żytniej kosztem 437.690 rb. szpital dziecięcy na 100 łóżek ofiarowała p. Zofia Schlenkerówna w darze miastu Warszawie.

— W uniwersytecie warszawskim jest na Wydział lekarski wpisanych 142 Polaków. (Gaz. lek. 7).

— W sprawie kooperatyw lekarskich ogłasza Dr Józef Zawadzki artykuł w »Medycynie i Kronice lek.« (Nr 7), nawołując do założenia spółdzielczego domu handlowego, sprzedającego narzędzia, opatrunki i t. p., oraz spółdzielczej polikliniki.

— Budżet miejskich szpitali warszawskich na r. b. wynosi 2,643.498 rb. w wydatkach, a 1,012.876 rb. w dochodach. Deficyt 1,631.861 rb. pokryje miasto. (»Med. i Kron. lek. 7).

— W Kaliszu powstać ma Towarzystwo walki z gruźlicą.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 3. II. do 17. II. 1913 przypadków: ospy 3 † 1, płonicy 5 † —, duru wysypkowego — † —, róży —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. W czasie XVII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie przyznane zostaną międzynarodowe nagrody za najlepsze prace lekarskie: miasta Moskwy (5000 franków), XIII. Zjazdu międzynar. (4000 fr.), Węgier (3000 fr.). Biuro Komisyi stałej Zjazdów międzynarodowych w Hadze (Hugo de Grootstraat 10) prosi o zgłaszanie nazwisk kandydatów do nagrody z dołączeniem egzemplarza dzieła, za które nagroda miałaby być przyznana. Można także zgłaszać swą własną kandydaturę. Termin zgłoszeń do 1. czerwca 1913.

— Statystyka samobójstw w Paryżu wykazuje, że w ostatnich 70 latach liczba samobójców w stosunku do ludności potroiła się; zwłaszcza wzrasta liczba samobójstw u osób poniżej 16 lat. Najczęstsze są samobójstwa wśród służących i w wolnych zawodach. Co do pory roku, to najwięcej przypada samobójstw na wiosnę. Z przyczyn w 21% wspomniano o cierpieniach fizycznych, w 13% o troskach materyalnych, w 4% o nieszczęśliwej miłości, w 15% były przyczyną zawody psychiczne i życiowe, w 9% złe stosunki domowe. X.

— Niemiecki parlament zajmował się niedawno sprawą fatalnego wprost położenia finansowego dozorczyń chorych. Osoby te, nieraz z najlepszych sfer, pełnią w szpitalach bez przerwy po 12—16 godzin służby przy chorych, mają dyżury nocne, a za to... wynagrodzenie nieraz mniejsze, niż zwykłe służące.

Klęsk.

— Synowie zmarłego dentysty prof. Dr Boedeckera w Berlinie złożyli 15.000 marek na założenie nowej szkolnej kliniki dentystycznej. X.

— Lekarze berlińscy swego czasu zawiązali własną orkiestrę amatorską, obecnie zaś zakładają chór mieszany, do którego prócz lekarzy należeć może ich najbliższa rodzina. Amatorska orkiestra »lekarska« istnieje również w Wiedniu, dając koncerta na cele filantropijne. X.

— Liczne pisma lekarskie ostrzegają przed wyrobami firmy Energos et Co, która w bezczelny sposób reklamuje swoje wyroby, zakładając rozmaite pisma, a nawet ofiarowując znaczne sumy na cele publiczne. X

Mianowani: Dyrektorem kliniki okulist. w Würzburgu prof. Wessely; docenci Läwen (chirurg) i Stadler (internista) profesorami w Lipsku.

Zmarli: Patolog prof. Heller w Kiel, neurolog doc. Billisari w Neapolu, Dr Adolf Sternschuss w 78 r. ż. w Krakowie, wybitny patolog prof. Podwysockij, dyrektor Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu, Dr Cezary Lubiński, wychowaniec uniwersytetu kijowskiego, zrazu praktykujący w Zwiahlu, a potem w Radomyślu w gub. kijowskiej, gdzie przez lat pięćdziesiąt był lekarzem miejskim, a przez lat trzydzieści radnym miasta, które zawdzięcza mu znaczną część ulepszeń i zmian dodatnich, w 75 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. lutego 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Marchlewski: Przemiana materyi w prawidłowym ustroju. 2) Doc. J. Mazurkiewicz: W sprawie projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności.

Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się w **Krakowie dnia 2. marca 1913 w domu Towarzystwa lekarskiego (Radziwiłłowska 4)** o godzinie **4 popołudniu.**

Porządek dzienny.

1. Wybór przewodniczącego Walnego Zgromadzenia i jego zastępcy.
2. Sprawozdanie Rady zawiadowczej.
3. Sprawozdanie komisyi rewizyjnej i absolutoryum z rachunków.
4. Wnioski Rady zawiadowczej: a) W sprawie zmiany ustawy. b) W sprawie uchwały postanawiającej, o ile może Rada zawiadowcza udzielać zapomogi wdowom i sierotom po niecłonkach.

6) Wnioski naglące delegatów.

7) Wyznaczenie oddziału, którego delegat ma wejść do komisyi rewizyjnej.

8. Wybór 7 członków do wydziału. Wybór prezesa, wiceprezesa, sekretarza i skarbnika.

Jeżeliby Walne Zgromadzenie dla braku kompletu nie mogło obradować dnia 2. marca o godz. 4, tedy odbędzie się drugie Walne Zgromadzenie w tymże dniu i miejscu o godz. 5. bez względu na ilość obecnych delegatów.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Lwów, dnia 13. lutego 1913.

Sekretarz: Zabłocki. Prezes: Machek.

W klinice medycznej U. J. w Krakowie odbywać się będą tygodniowe praktyczne **kursa dla lekarzy** od 10—16 marca b. r. a mianowicie:

1. **Rentgenologia kliniczna,** połączona z prześwietlaniem chorych. Asystent kliniki Dr Nowaczyński. Codziennie popołudniu przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
2. **Serologia kliniczna** ze szczegółowem uwzględnieniem dyagnostyki klinicznej. Asystent kliniki Dr Kostrzewski. Codziennie przed południem przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
3. **O surowicach leczniczych.** Profesor Jaworski. 2 godziny. Czesne 2 kor.
4. **O stosowaniu i wynikach leczniczych leków ostatniej doby.** Asystent kliniki Dr Wachtel. 2 godziny. Czesne 2 kor.

Pp. Lekarze chcący wziąć udział w powyższych kursach zechcą się zgłosić bądź pisemnie, bądź osobiście w kancelaryi kliniki medycznej (Kopernika 15) najpóźniej do 8. marca b. r.

Prof. Dr W. Jaworski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Dr E. Burchard — Berlin. O doświadczeniach z **ervasin-calcium** w praktyce. (Archiv für Stadthygiene. Nr 12. Berlin 1912).

Jakkolwiek kwas acetylosalicylowy do dziś zachował swe znaczenie, jako lek nadający się do użytku, to jednak ujawniły się z biegiem czasu pewne okoliczności, które czynią pożądanem znalezienie środka zastępczego równowartościowego. W pewnych razach występowały u niektórych chorych objawy uboczne, ujawniające się stosownie do indywidualnej skłonności w postaci zaburzeń czynności serca lub przewodu pokarmowego, niekiedy także w postaci ogólno nerwowych zaburzeń, a nadto przy dłużej trwających schorzeniach i ciągłem zażywaniu środka stawało się potrzebnem takie podwyższenie dawki, że lekarz wreszcie w wielu przypadkach znalazł się przed alternatywą albo zrezygnowania z działania przetworu, lub też dojścia do dawek, które już w każdym razie stawały się niebezpieczne. Za przetwór w takich przypadkach się nadający uważa Burchard polecone już ze strony najpoważniejszej **ervasin-calcium** (Goedecke & Co. — Berlin), które stosował w kołaczykach od 0,5 gr. lub w rozczynach. Burchard donosi o tem: »Reasumując muszę w tych ostrych przypadkach chorobowych podnieść szczególnie dwie zalety erwazyny 1) działanie niezmiernie szybkie i trwające długo, 2) działanie nadzwyczaj przyjemne. Pierwszą zaletę odnieść zapewne należy do korzystnych warunków rozpuszczalności i wessalności, jakoteż do wybitnie bakteryobójczego działania, wynikającego ze składu chemicznego, — drugą do szybkiego wydalenia z organizmu, wskutek pobudzanej przez środek diurezy. Ponieważ na szczęście byłem w położeniu stosowania erwazyny prawie zawsze już w początkach pojedynczych niekiedy bardzo gwałtownych objawów chorobowych, przeto i działanie było bez wyjątku nadzwyczaj szybkie: nazajutrz najczęściej już zupełny spadek ciepłoty i zmniejszenie się dolegliwości podmiotowych, trzeciego, najpóźniej zaś czwartego dnia zupełny powrót do zdrowia bez uczucia osłabienia i wyczerpania. Szczególnie ten ostatni objaw, trwający po przeważnej części innych środków często w sposób przykry jeszcze dniami całymi po właściwem wyzdrowieniu, nie dawał się spostrzegać nigdy po erwazynie, a przeciwnie wielu chorych zapewniało mnie, że odczuwają wyraźne uczucie świeżości zdrowia już nazajutrz po stosowaniu leczenia«.

»Zestawiając, to co wyżej powiedziałem, twierdzę, że ervasin-calcium w różnorodnych chorobach zakaźnych, oznaczonych jako influenca, natury gośćcowej, neuralgicznej i zapalnej, okazało się jako środek doskonale, szybko i przyjemnie działający, bez którego nie chciałbym się obejść w podobnych przypadkach. Odnośnie do postaci stosowania polecam podawanie, — rozumie się jak najszybsze, jeżeli to możliwe — zaraz dość dużej dawki, naturalnie z uwzględnieniem wieku i konstytucyi ciała«.

Hr. W.